



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Consulta de Enfermagem Especializada de Saúde
Mental e Psiquiátrica:**

**Um contributo para a promoção da continuidade
dos cuidados após alta hospitalar**

Saúl Tiago de Sousa Teixeira Pinto Mendes de Matos

Orientação: Professor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Versão definitiva



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Consulta de Enfermagem Especializada de Saúde
Mental e Psiquiátrica:**

**Um contributo para a promoção da continuidade
dos cuidados após alta hospitalar**

Saúl Tiago de Sousa Teixeira Pinto Mendes de Matos

Orientação: Professor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Saúde Mental e Psiquiatria*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Agradecimentos

À Professora Lucília Nunes, pois não teria começado este caminho se não fosse a sua diretiva oportuna.

Aos professores, colegas de curso e outros intervenientes que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento e desenvolvimento, ou me ajudaram a percorrer este caminho.

Aos meus colegas de trabalho pela disponibilidade e apoio durante estes três semestres.

Em especial:

Ao professor Lino Ramos pela sua orientação proficiente, pelo apoio e incentivo ao longo de todo o percurso.

Aos Enf.^{os} Aníbal Machado, Cândida Bicho e Simão José pela sapiência e capacidade que demonstraram na orientação dos estágios.

À minha família pelo apoio e incentivo ao longo de todo o percurso.

Às pessoas mais importantes na minha vida, a minha mulher e aos meus filhos, que sem a sua ajuda diária, paciência e compreensão pelas ausências, não teria conseguido atingir a meta.

Resumo

A perturbação mental é um dos principais problemas das sociedades atuais, preponderante na morbilidade das populações. Neste sentido, é importante que se definam estratégias e ações a desenvolver, visando contrariar esta tendência e edificar uma melhoria na saúde mental das pessoas. Neste prisma, a continuidade de cuidados surge como um dos contribuintes para a promoção da saúde mental e reabilitação psicossocial. Com este trabalho pretendemos compreender este fenómeno nosológico e quais as ferramentas para combater o incremento das perturbações mentais. Utilizamos a metodologia de projeto que foi concretizada através de uma revisão integrativa da literatura. A literatura evidencia que existe uma relação entre as intervenções do EEESMP, a continuidade de cuidados e a melhoria da condição de saúde da pessoa com perturbação mental. Conclui-se que o EEESMP tem um papel muito importante nos ganhos em saúde tanto para as pessoas acometidas por esta nosologia como para a sociedade onde se insere.

Palavras Chave: Enfermagem de saúde mental; Continuidade de Cuidados; Perturbação mental

Abstract

Mental disorder is one of the main problems of today's societies, preponderant in the morbidity of populations. In this sense, it is important to define strategies and actions to be developed to counteract this tendency and build an improvement in people's mental health. In this perspective, continuity of care emerges as a contributor to the promotion of mental health and psychosocial rehabilitation. With this work we intend to understand this nosological phenomenon and which tools to combat the increase of mental disorders. We used the project methodology that was performed through an integrative literature review. The literature shows that there is a relationship between EEESMP interventions, continuity of care and improvement of the health status of the person with mental disorder. It is concluded that the EEESMP plays a very important role in health gains, for both the people affected by this nosology and the society where it is inserted.

Keywords: Mental health nursing; Continuity of Care; Mental disorder

Índice de Apêndices

Apêndice I - Transição do doente mental do hospital para comunidade: Importância da consulta de enfermagem em saúde mental na continuidade de cuidados	LXXIV
Apêndice II - Check-list para submissão à Revista Portuguesa de Enfermagem Saúde Mental	LXXVIII
Apêndice III - Exemplo Planeamento de Atividade Terapêutica – Relaxamento	LXXXII
Apêndice IV - Exemplo Planeamento de Atividade Terapêutica – Autoconhecimento	LXXXV
Apêndice V - Exemplo Apresentação numa sessão de psicoeducação	CVIII

Lista de Siglas

ARS – Administração Regional de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APDH - Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar

CE – Consulta Externa

CEESMP – Consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica

CCISM - Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

DALY - Disability-adjusted life years

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

UC – Unidade Curricular

UE – União Europeia

YLD - Years lived with disability

YLL - Years of Life Lost

Índice

1. Introdução	9
2. Enquadramento Teorico	12
2.1. Perspetivas sobre saúde e doença mental	12
2.2. Enquadramento Conceptual da Consulta de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica	17
2.3. Enfermagem de Ligação.....	25
3. Projeto de intervenção em serviço	27
3.1 Problemática	28
3.2 Operacionalização da Consulta de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica.....	32
3.3 Metodologia.....	47

4. Desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e de competências de Mestre em enfermagem	53
4.1 Competências Especializadas em Enfermagem.....	53
4.1.1 Competências comuns do enfermeiro especialista	53
4.1.2 Competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica	55
4.2 Competências de mestre em enfermagem.	61
5. Considerações Finais	64
6. Bibliografia	67
Apêndices	LXXIII

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório é elaborado no âmbito da Unidade Curricular “Relatório” do ciclo de estudos do curso de mestrado em enfermagem em associação de saúde mental e psiquiátrica. Pretendemos que este documento reflita o percurso académico ao longo dos 3 semestres do ciclo de estudos que será alvo de discussão pública perante um júri como forma de avaliação da UC.

O tema deste trabalho está relacionado com a continuidade de cuidados e os contributos que o EEESMP pode oferecer no acesso aos cuidados saúde, promoção da saúde mental, prevenção da doença mental e recuperação. A doença mental tem sido cada vez mais alvo de atenção, pelo aumento da incidência e prevalência de perturbações mentais, que se reflete numa das principais causas de incapacidade, morbilidade e morte prematura. Também ao nível geográfico a região onde nos inserimos tem um elevado índice de problemas mentais e um défice de recursos alocados à saúde mental. O EEESMP poderá desenvolver atividade de ligação e dadas as suas capacidades únicas de intervenção, promover a reabilitação psicossocial e reintegração do utente na sociedade onde está inserido. A importância deste trabalho no âmbito académico é oferecer uma base de desenvolvimento de outros estudos, no âmbito profissional proporcionará visibilidade à Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no âmbito social poderá vir a aumentar a equidade e acesso aos cuidados de saúde.

Como objetivo geral deste trabalho definiu-se:

- ✓ Apresentar o percurso académico realizado no âmbito do mestrado em Enfermagem, ramo de especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Após se ter definido o objetivo geral, e para realização das atividades conducentes à concretização do mesmo, foi necessário definir os objetivos específicos. Assim foram enumerados os seguintes objetivos:

- ✓ Realizar um enquadramento teórico sobre saúde mental e doença mental;
- ✓ Explicitar a problemática inerente ao projeto intervenção;
- ✓ Descrever um enquadramento conceptual da consulta de enfermagem especializada de saúde mental e psiquiátrica;

- ✓ Especificar a operacionalização de uma consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica;
- ✓ Apresentar as etapas do processo de enfermagem na consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica;
- ✓ Utilizar uma metodologia científica na investigação de conhecimento de suporte à prática;
- ✓ Explicitar as aprendizagens decorrentes do processo de ensino que conduziram aquisição das competências do especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e do perfil de competências do mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Este trabalho está estruturado em três capítulos, enquadramento teórico, projeto de intervenção em serviço e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e de mestre em enfermagem.

No primeiro capítulo são apresentados conceitos fundamentais sobre saúde mental e doença mental com referência à evolução histórica da saúde mental, principais processos legislativos e o contexto da saúde mental dos últimos anos até à atualidade.

O passo seguinte foi descrever o enquadramento conceptual da consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica. Nesta subsecção é feita uma contextualização da evolução da disciplina da Enfermagem, afiliação à teoria das transições de Afaf Meleis com base no pressuposto de que a pessoa está em constantes processos de transição. Sabendo que numa consulta de enfermagem irá haver uma interação entre o enfermeiro e o doente, optou-se por utilizar o modelo de ajuda profissional existencial-humanista de Jacques Chalifour. Segue-se uma secção relacionada com a enfermagem de ligação, onde se descreve a relevância desta temática na continuidade de cuidados e a importância do EEESMP neste processo.

O segundo capítulo, sobre o projeto de intervenção em serviço, inicia-se com uma descrição do serviço e da sua dinâmica funcional, enfatizando a consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica de monitorização, consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica pós alta, o programa de cuidados integrados e recuperação e o programa socio-ocupacional.

Segue-se uma secção onde se explicita a problemática inerente ao projeto de investigação, onde se expõe os dados gerais a nível global, se aprofunda a realidade da saúde mental em Portugal e mais especificamente na região sul do país.

Na penúltima parte do segundo capítulo é feita uma especificação sobre operacionalização da consulta de enfermagem especializada de saúde mental e psiquiátrica, onde se explicita a sua importância, os objetivos, critérios de implementação, os instrumentos, as linhas orientadoras e a programação da consulta de enfermagem.

Por último é descrita a metodologia utilizada na construção do conhecimento científico, onde foi realizada uma revisão integrativa de literatura. Optamos por uma revisão de literatura na medida em que esta determina o que já foi redigido sobre o tema em estudo neste relatório e clarificar de que forma o problema já foi estudado. Nesse sentido foi elaborada a questão de investigação “qual a importância da consulta de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica na continuidade de cuidados após a alta hospitalar?” seguindo-se todo o processo metodológico de investigação.

O capítulo 3 refere-se ao desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, de competências de mestre em enfermagem e encontra-se organizado em duas partes. Na primeira parte, são analisadas as competências do enfermeiro especialista, comuns aos vários ramos de especialidade e as específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Na segunda parte são analisadas as competências de mestre em enfermagem. Em ambas as partes é feita referência as atividades, atitudes e comportamentos que sustentam o desenvolvimento destas mesmas competências.

A finalizar o relatório, como acontece habitualmente, surgem as considerações finais onde se explana a síntese das ideias de cada uma das partes que compõem o relatório, a identificação de limitações ao estudo e hipóteses de continuação do estudo.

Ressalva-se que ao longo do relatório é utilizado o termo cliente, utente e doente conforme se adequa mais ao contexto ou meramente para evitar repetições excessivas, sem intenção de qualquer tipo de juízo de valor.

2. ENQUADRAMENTO TEORICO

2.1. Perspetivas sobre saúde e doença mental

A saúde mental é parte integrante do estado de saúde do individuo e, portanto, indivisível da sua situação de saúde. Como refere a OMS, sem saúde mental, não há saúde e assim, saúde pode ser definido como estado de bem-estar em que a pessoa põe em ação as suas capacidades, consegue fazer face ao stress normal da vida, desenvolver uma atividade laboral de forma produtiva e frutífera e ainda dar contributos para a comunidade em que está inserido. Assim, a saúde mental não é só a ausência de perturbações mentais, sendo determinada por vários fatores biológicos, socioeconómicos e ambientais. É a saúde mental que permite aos cidadãos a realização intelectual e emocional, a integração no ensino, no trabalho e na sociedade em geral. Esta subsidia a prosperidade, solidariedade e justiça social das comunidades onde estamos inseridos (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

Saúde mental não pode ser considerado um estado absoluto, mas sim relativo, dependente do desempenho com sucesso dos processos mentais, e que fica patente na realização de atividades produtivas, relacionamento interpessoal razoável e capacidade de se adaptar à mudança e lidar com as adversidades. É um sistema dinâmico no qual o processo de pensamento, os sentimentos e os comportamentos evidenciados, se adequam à fase do ciclo vital e são congruentes com as normas de conduta locais e culturais (Townsend, 2011).

Por outro lado, doença mental, é difícil de definir como conceito universal, uma vez que para esta definição concorrem fatores geográficos e culturais que influenciam esta definição. Caracteriza-se por respostas mal adaptativas aos agentes stressores de ambiente externo ou interno e que se manifesta por pensamentos, comportamentos e sentimentos incoerentes com os normativos geográficos e culturais onde a pessoa se encontra. Estas respostas e manifestações interferem com o normal funcionamento social, ocupacional e/ou físico da pessoa (Townsend, 2011).

A doença mental, muitas vezes denominado por transtorno mental ou perturbação mental, pode ser conceptualizado como uma síndrome, caracterizada por perturbação com significado clínico do domínio cognitivo, estabilidade emocional, ou no comportamento de uma pessoa, que repercute uma disfunção processual psicológica, biológica ou de desenvolvimento relacionadas com o funcionamento mental. A

doença mental está associada com elevada frequência a sofrimento ou incapacidade significativa, que compromete a atividade social, profissional ou outras importantes para a pessoa. (APA, 2013)

A perturbação mental tem um passado controverso, pois nem sempre foi vista como patologia médica. Na idade média muito dos doentes mentais foram alvo das maiores atrocidades para com os seres humanos, desde queimados nas fogueiras a serem enviados para as fileiras frontais dos campos de batalha, por estarem conotados como “perdas menores”. Posteriormente, Philippe Pinnel visto por muitos como o pai da psiquiatria moderna, introduziu importantes mudanças na visão do doente mental algumas que ainda perduram até aos dias de hoje. Em Portugal, na área da saúde mental podemos destacar, por exemplo, o Dr. Miguel Bombarda que veio revitalizar o Hospital Rilhafoles na altura em premente decadência e conhecido na altura como “asilo de lunáticos”. A década de 50 foi um dos marcos mais históricos na saúde mental com o surgimento dos psicofármacos, possibilitando não só a mudança de comportamentos como um uso mais efetivo de outras intervenções psicoterapêuticas (Nunes L. R., 2017).

Durante os meados do século XX a psicofarmacologia tornou-se tão eficiente que os serviços de saúde, dedicados ao internamento do doente com perturbação mental, sofreram uma redução de cerca de 50% nos doentes internados. O uso de psicofármacos possibilitou não só a modificação do comportamento, como a utilização mais eficaz de outras intervenções psicoterapêuticas. Este efeito, associado a novas leis referentes à saúde mental, resultou num processo de desinstitucionalização (Neeb, 2000).

O processo de desinstitucionalização repercute-se em Portugal, acabando por se operacionalizar também nos primeiros processos legislativos. A precursora da atual lei de saúde mental em Portugal, data de 1963 e surge com a Lei de Saúde Mental nº 2118 de 1963¹, estabelecendo os princípios gerais da política de saúde mental, regula o tratamento e internamento, institui os princípios orientadores para a

¹ “O Contexto da Legislação de Saúde Mental: Questões Centrais

A legislação é complementar às políticas, planos e programas de saúde mental, e pode servir para reforçar metas e objetivos das políticas. Pessoas com transtornos mentais são um segmento vulnerável da sociedade e necessitam de proteções especiais. A legislação de saúde mental é necessária para proteger os direitos das pessoas com transtornos mentais em ambientes institucionais e na comunidade. A legislação de saúde mental é mais do que apenas legislação de “atenção e tratamento”. Ela propicia um marco legal para tratar de questões críticas de saúde mental, tais como o acesso a atenção, reabilitação e cuidados na convalescença, a plena integração das pessoas com transtornos mentais à comunidade e a promoção da saúde mental nos diferentes setores da sociedade. Os governos têm obrigação de respeitar, promover e cumprir os direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, conforme definidos em documentos internacionais e regionais de direitos humanos. Questões legislativas pertinentes à saúde mental podem ser consolidadas em um único estatuto ou podem ser distribuídas em diferentes documentos legislativos. A legislação progressista de saúde mental deve incorporar proteções aos direitos humanos, tais como incluídos em documentos e normas técnicas internacionais e regionais de direitos humanos. A legislação também deve possibilitar a consecução de objetivos da política de saúde pública e da saúde em geral.” (WHO, 2005, p. 23)

descentralização dos serviços e conceção dos centros de saúde mental de orientação comunitária (Assembleia Nacional, 1963).

No ano de 1984, inserida na Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, surge a Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, sendo esta a entidade de gestão verticalizada e substituindo em funções o então extinto Instituto de Assistência Psiquiátrica (ERS, 2015).

Em 1992 surgem por parte do governo português novas orientações para a saúde mental e que determinam a extinção dos centros de saúde mental, transferindo as suas atribuições para os hospitais gerais, centrais e distritais. Incorporou os cuidados de saúde mental no sistema geral de cuidados de saúde a nível exclusivamente hospitalar e fez com que esta decisão tenha gerado muitas contradições (Decreto-Lei n.º 127/92, de 3 de Julho).

Posteriormente em 1995, com o objetivo de propor um modelo organizacional para a saúde mental, por despacho ministerial cria-se a Comissão Nacional de Saúde Mental. Nos anos subsequentes surgem bastantes orientações legislativas. O despacho nº 7/96 de 23 de agosto determina a criação do grupo de trabalho que visava a revisão da lei de saúde mental nº 2118 de 1963 (Pereira & Tavares, 2007).

No ano de 1997 é emitido Decreto-Lei n.º 122/97 que aprova a orgânica da DGS, que de entre outros, determina a criação da Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental aos quais compete:

- “a) Orientar tecnicamente e proceder à avaliação dos resultados no âmbito da saúde mental, com especial incidência na área do alcoolismo e da droga;*
- b) Proceder à análise dos factores que condicionam a saúde mental, nas diferentes fases etárias, identificando as medidas que os serviços devem adoptar;*
- c) Manter actualizada a carta sanitária do País no campo da saúde mental;*
- d) Proceder à análise dos factores determinantes do alcoolismo, identificando as medidas a adoptar;*
- e) Orientar as condições de internamento, atendimento de urgência e consultas externas dos actuais estabelecimentos de internamento psiquiátrico, públicos e privados, bem como os demais aspectos do seu funcionamento técnico;*
- f) Promover a recolha e o tratamento de dados estatísticos relativos ao movimento de doentes, bem como quaisquer outros elementos com interesse para a avaliação da actividade dos serviços e estabelecimentos de saúde mental;*
- g) Propor regras técnicas relativas ao licenciamento e funcionamento dos estabelecimentos de saúde mental.”* (Decreto-Lei n.º 122/97 de 20 Março, p. 2493)

Porém, cerca de 30 anos após a Lei de Saúde Mental de 63, surge em 1998 nova legislação, que ainda vigora como Lei de Saúde Mental, por força da Lei n.º 36/98, que regulamenta as disposições relativas aos princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo das pessoas com doença mental e dos portadores de anomalia psíquica. Para além de outros, determina também que o órgão de consulta do Governo em matéria de política de saúde mental, seja o Conselho Nacional de Saúde Mental. Como princípios gerais destaca-se no art.º 3 a promoção prioritária dos cuidados inseridos na comunidade, com o objetivo de facilitar a reabilitação e reinserção social, num meio o menos restritivo possível. Os internamentos serão feitos em hospitais gerais, o que pode ajudar no combate ao estigma e discriminação. A reabilitação psicossocial deverá ser feita com o apoio de estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional na comunidade, sendo a prestação de cuidados assegurada por equipas multidisciplinares (Lei n.º 36/98 de 24 de Julho).

É no ano prévio à viragem do milénio que é determinado um novo regime de organização e funcionamento dos serviços. De acordo com a legislação vigente este deve ser:

“adequado às necessidades dos cidadãos, nomeadamente através da efetiva articulação funcional com as áreas da educação, do emprego e ação social, da participação, em órgãos consultivos, dos profissionais e associações de familiares e utentes dos serviços, bem como de entidades privadas, designadamente ordens religiosas, bem como através da integração da prestação dos cuidados nos hospitais gerais, necessariamente em estreita articulação com os centros de saúde e demais instituições do Serviço Nacional de Saúde.” (Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro, p. 677)

Em 2001, o terceiro censo psiquiátrico, resumiu os principais grupos nosológicos que levam os utentes a recorrer aos cuidados de saúde, concluindo que nos serviços de urgência e no internamento, a patologia mais frequente foi a esquizofrenia, com 21,2% e 36,2% respetivamente e que nas consultas prevalece a depressão com 21,5% (Bento, Carreira, & Heitor, 2001).

No mesmo ano a OMS, emite um relatório intitulado “Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança”, com o objetivo de sensibilização dos profissionais de saúde e do público em geral para os problemas relacionados com as doenças mentais, concomitantemente com os custos económicos, sociais e humanos causados por estas patologias. Este relatório ao analisar a saúde no mundo e cientes da problemática da saúde mental, enumera 10 recomendações gerais a ser adotados por cada país de acordo com os seus recursos e necessidades. (WHO, 2001)

Quatro anos volvidos surge em 2005 a Declaração de Helsínquia, com o objetivo de combater as doenças mentais e melhorar o tratamento e os danos causados por estas entidades nosológicas. A assinatura desta declaração engloba o Concelho da Europa, a OMS e todos os países da Comunidade Europeia. As prioridades identificadas relacionam-se com a consciencialização da importância do bem-estar mental, combate ao estigma, a discriminação e a desigualdade, apoiar o “empowerment” das pessoas com problemas de saúde mental e suas famílias, promover a saúde mental dos bebés, crianças e adolescentes, conceber e implementar sistemas de saúde mental eficientes e integrados no âmbito da promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e recuperação, investir em recursos humanos competentes e efetivos, reconhecer e envolver os utentes e os cuidadores no planeamento e desenvolvimento dos serviços (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

No seguimento, surge o Livro Verde, sob o mote sem saúde mental não há saúde, que visa definir uma estratégia comunitária na abordagem à saúde mental. O principal intuito é lançar o debate entre os agentes envolvidos, tais como instituições europeias, governos, profissionais de saúde, comunidade científica e sociedade em geral sobre a relevância da saúde mental para a UE, assim como a necessidade de existir uma estratégia a nível comunitário e as suas prioridades (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

Em 2007 surge o plano nacional de saúde mental que previa a sua aplicabilidade num espaço temporal de aproximadamente 10 anos. A sua visão era *“assegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados a promover a sua saúde mental, prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com esse tipo de problemas”* (Ministério da Saúde, 2008, p. 4).

Os principais objetivos deste plano, indo de encontro à visão do mesmo, são garantir o acesso equitativo a cuidados de saúde de qualidade à população com problemas de saúde mental do País. Incluem-se as pertencentes aos grupos especialmente vulneráveis, assegurar os direitos humanos da população com perturbação mental, diminuir as implicações da doença mental e contribuir para a promoção da saúde mental das pessoas, diligenciar a descentralização dos serviços de saúde mental, permitindo a prestação de cuidados mais próximos das populações facilitando a intervenção das comunidades, dos utentes e das suas famílias e integrar os cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, seja ao nível dos cuidados de saúde primários dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, simplificando assim o acesso e diminuindo a institucionalização (Ministério da Saúde, 2008).

O referido plano propõe uma organização dos serviços de saúde mental de adultos e dos serviços de psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência, um plano para a saúde mental e os cuidados de saúde primários, a articulação intersectorial onde se incorpora a atividade de reabilitação psicossocial, promoção, prevenção e tratamento dos problemas associados ao uso de substâncias, cuidados a grupos vulneráveis e articulação com o ministério da justiça. Aborda ainda, a legislação sobre a saúde mental e direitos humanos, financiamento e gestão, sistema de informação, avaliação e garantia de qualidade, os recursos humanos, articulação com as ordens religiosas e por último, mas não menos importante, a investigação (Ministério da Saúde, 2008).

Em 2017 surge o programa nacional para saúde mental, um documento que objetiva uma avaliação da situação da saúde mental em 2016, o que se prevê e pretende que seja feito até 2020. Ao nível da visão o programa mantém praticamente a mesma identidade do plano nacional de saúde mental 2006-2017 e introduz algumas metas de saúde a 2020. Como metas pretende-se inverter a tendência da prescrição terapêutica de benzodiazepinas na população através da sua estabilização, incrementar o registo das perturbações mentais nos cuidados de saúde primários em 25%, dar apoio na abertura de 1500 lugares para adulto e 500 para crianças/adolescentes em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental e aumentar em 30% as ações desenvolvidas pelo plano nacional de saúde mental, no âmbito da promoção da saúde e prevenção das doenças mentais. Para a implementação do programa até 2020, consideram como dimensões nucleares a criação de uma equipa de coordenação com o reforço de recursos humanos responsável pela implementação do plano, alteração do modelo de gestão e organização dos serviços de saúde mental, financiamento, sistema de informação e criação de um novo modelo de pagamento dos serviços de saúde mental, criação de uma carteira de serviços mínimos de prestação de cuidados saúde mental e cuidados de saúde primários, implementação dos CCISM, articulação com as instituições do setor social convencionado, reorganização dos serviços de psiquiatria da infância e adolescência, desenvolvimento de programas de prevenção e promoção (DGS, 2017).

2.2. Enquadramento Conceptual da Consulta de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica

O ensino da enfermagem psiquiátrica em Portugal inicia-se, quase em simultâneo, no Hospital Miguel Bombarda e no Hospital Conde Ferreira em 1911, destinando-se aos guardas, ajudantes e enfermeiros. Era realizado em dois trimestres em que no primeiro se abordava “noções de pequena cirurgia, medicina e higiene elementar” e no segundo “os cuidados especiais exigidos pela assistência elementar dos

alienados e neuropatas”. A carga horária era de duas aulas por semana e em que os alunos aprovados recebiam o diploma de “enfermeiros de alienados e neuropatas”. Cerca de 30 anos mais tarde o curso passou a ser ministrado hospital Júlio de Matos e é criado o primeiro centro de formação independente do ensino geral da enfermagem. Nos anos subsequentes foram criados centros de formação, nomeadamente no Porto e em Coimbra e seguidamente abriu a Escola de Enfermagem das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Em 1968 estas escolas dependentes do Instituto de Assistência Psiquiátrica são encerradas e inaugura-se a Escola de Enfermagem Psiquiátrica de Lisboa, que constitui um marco pois pela primeira vez, um corpo docente de enfermeiros, assume a direção e é responsável pedagógico pelo ensino da enfermagem em Portugal. Seis anos volvidos passa a existir um único nível de ensino para a enfermagem designado de “Curso de Enfermagem Geral”, sendo que em 1978 nasce o primeiro “Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”. Ainda antes da viragem do milénio iniciaram-se os “Estudos Superiores Especializados em Enfermagem” com equivalência a licenciatura e atualmente o Curso Superior de Enfermagem tem o grau académico de licenciatura (Nunes L. R., 2017).

A escolha como projeto de intervenção a implementação de uma consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica, surge pela incidência e prevalência da perturbação mental e pelas necessidades de cuidados em saúde às populações com problemas de saúde mental identificadas na problemática, aliada as atividades desenvolvidas ao longo do estágio do curso de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Os profissionais de enfermagem são essencialmente trabalhadores do conhecimento já que sintetizam uma vasta amplitude de fontes e colocam essa síntese na sua prática clínica. O conhecimento necessário para o exercício da profissão de enfermagem foi conceptualizado por Barbara Carper em quatro padrões, o empírico - a enfermagem enquanto ciência, o estético - a enfermagem enquanto arte, o conhecimento pessoal - a natureza intra e interpessoal do cuidado e o ético – componente moral e deontológica da profissão (Peterson & Bredow, 2013).

Na perspetiva da análise da evolução da enfermagem, provavelmente uma grande parte dos sapientes da história de enfermagem, alude a Florence Nightingale como precursora da Enfermagem Moderna. De certa forma, as ideias que preconizava para a enfermagem, tem vindo a ser, ao longo dos tempos, exploradas e julgadas por múltiplos autores de Enfermagem, procurando compreender e dar explicação para os fundamentos dos interregnos vivenciados atualmente na prática clínica, sobretudo nos contextos hospitalares onde coexiste com outros grupos profissionais, um grande número de profissionais

de enfermagem. Alguns dos pressupostos de Florence Nightingale, observam-se ainda nos dias atuais, como bases dos cuidados de enfermagem, reinterpretadas nos conceitos de pessoa, ambiente, enfermagem e enfermeiro, saúde e doença (Santo & Porto, 2006).

Posteriormente a Nightingale a Enfermagem passou por diversas etapas até começarem a surgir modelos e teorias que sustentassem a prática baseada na ciência de enfermagem. Na era do currículo foi enfatizado o que deveria ser o estudo e aprendizado para se tornar enfermeiro, seguindo-se a era da investigação quando um número cada vez maior de enfermeiros se dedicou a níveis mais elevados de ensino, participando ativamente na investigação, com o objetivo de produzir novo conhecimento (Tomey & Allygood, 2004).

A era da teoria é consequência direta da era da investigação, pois o aumento e desenvolvimento do conhecimento sem teoria produzia informação isolada. A era da teoria de enfermagem conjuntamente com a consciencialização da enfermagem como profissão e enquanto disciplina académica, acaba por conduzir ao desenvolvimento da ciência de enfermagem. Meleis defende que este progresso na teoria é pedra angular da disciplina de enfermagem e favoreceram o aparecimento dos paradigmas, que fornecem as diversas visões para a prática, a gestão, o ensino e investigação (Tomey & Allygood, 2004).

Os paradigmas são modelos conceptuais que apresentam o quadro alargado de referência, para abordagens sistemáticas aos fenómenos, relacionados com a disciplina em questão. As teorias de enfermagem é um conjunto de conceitos relacionados, que derivam dos modelos de enfermagem ou de outras disciplinas como antropologia ou psiquiatria. As grandes teorias são quase tão abrangentes como o modelo de que derivam, mas propõe verdades que se possam testar. As teorias podem ser limitadas aos aspetos da enfermagem a que se referem e as teorias de médio alcance tem um foco mais restrito do que a teoria e determina factos como estado de saúde, população de doentes, área de atuação ou outros (Tomey & Allygood, 2004).

Por forma a estruturar a consulta de enfermagem partimos de dois postulados. Primeiro que ao longo do ciclo de vida as pessoas estão continuamente em transição, por exemplo, transição entre os vários estádios de desenvolvimento psicossocial, experienciam transições saúde/doença, transição do internamento de agudos para a comunidade, etc. Nessa perspetiva utilizamos como norteador a Teoria²

² Uma teoria pode ser descrita como um conjunto ordenado de preposições e de definições destinado a explicar a maneira como os conceitos se interligam, ou ainda como um conjunto de conceitos, definições e preposições que oferecem uma perspetiva sistemática de um fenómeno, explicando as relações entre conceitos que descrevem, explicam e predizem um fenómeno. (Fortin, Côté, & Filion, 2009)

das Transições de Meleis. Segundo, que na consulta de enfermagem ocorre uma interação entre doente e profissional, sendo que para isso nos baseamos no modelo de ajuda profissional existencial-humanista de Jacques Chalifour.

Transição, do latim “transitio”, pode ser definido como o a ação e o efeito de passar de uma condição para outra. Este conceito implica que haja uma mudança na forma de estar ou de ser. Geralmente, é entendido como um processo delimitado no tempo.

De acordo com o modelo teórico de Meleis, a transição compreende a mudança de um lugar ou condição estável, para outro também este estável, requerendo para isso que a pessoa assimile conhecimentos, modificando o seu comportamento e alterando a definição do self. Para a construção da teoria foram conduzidas diversas pesquisas, sobre experiências de transição em variadas situações, em que os resultados conduziram à elaboração do modelo explicativo para a Teoria das Transições de Meleis (Guimarães & Silva, 2016).

A vida e o modo como cada pessoa reage às circunstâncias de passagem associadas à sua existência, não devem ser compreendidas unicamente numa perspetiva individual, pois, para além das influências que a própria família exerce, onde esta está inserida, a sua capacidade de adaptação influencia-se nos recursos pessoais e externos, nas vivências anteriores e no significado atribuído aos acontecimentos (Meleis & Trangenstein, 2010).

Segundo Meleis a transição é um conceito central para a Enfermagem, uma vez que o seu objeto é a pessoa que experiencia um processo de transição, e como tal a transição é por si só um foco da atenção dos enfermeiros, quando os resultados deste processo são expressos por via dos comportamentos relacionados com a saúde. Os enfermeiros, ao desenvolverem a sua prática nestas circunstâncias, desenvolvem o cuidado transicional e os processos de transição criam mudanças no estado de saúde-doença e conduzem a transições (Santos, et al., 2015).

A teoria abrange três dimensões basilares, interligadas entre si, condicionantes do processo de transição, formada pela natureza das transições, condicionantes facilitadores/inibidores da transição e padrões de resposta, incluindo o papel da enfermagem na mediação desta tríade. Quanto à sua natureza as transições são enquadradas em diferentes tipos: de desenvolvimento ligadas as mudanças ocorridas ao longo do ciclo vital, situacional que estão relacionadas a ocorrências que implicam alterações de papéis, de saúde/doença quando existe uma alteração na situação de saúde para a situação de doença e

organizacionais que ocorrem num contexto ambiental, sendo precipitadas por mudanças no meio envolvente, mudanças sociais, políticas e económicas. Existem ainda algumas similaridades entre a multidimensionalidade e complexidade da natureza das transições, o que permite que estas sejam englobadas dentro de padrões (simples, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas e não relacionadas), e possuidoras de algumas propriedades essenciais às experiências de transição (Consciência, Compromisso, Mudança e diferença, Período da experiência, Pontos críticos e eventos) (Guimarães & Silva, 2016).

Para uma compreensão mais profunda de todo o processo de transição torna-se importante aferir os condicionantes facilitadores/inibidores no decorrer de uma determinada vivência. Tendo sido descritos como fatores facilitadores e inibidores importa referir que se podem separar em três tipos: pessoais (significados, crenças e atitudes culturais, nível socioeconómico, preparação e conhecimento), comunitários e sociais. No que concerne aos fatores pessoais podem ser realçados os significados que respeitam aos acontecimentos que desencadeiam a transição, podendo estes serem gerados pelas escolhas da pessoa, ou ainda de forma imprevisível de acordo com o grau de intencionalidade da escolha. Os significados atribuídos às transições podem ser entendidos como positivos, negativos ou neutros. As crenças e atitudes culturais interferem na experiência de transição, quando por exemplo o estigma inibe a verbalização de sintomatologia psicológica incompreendida no seio cultural do indivíduo. A pertença a um baixo nível socioeconómico é considerada um fator inibitório, pois pode potenciar a manifestação e a experiência de sintomatologia psicológica. Por outro lado, a preparação e conhecimento, pode trabalhar como facilitador na medida em que o conhecimento sobre a sua situação e o que é esperado, poderá aliviar o stress associado à transição (Santos, et al., 2015).

Também como fatores que podem facilitar ou dificultar a transição relacionam-se com as condições da comunidade e da sociedade onde o indivíduo está inserido. Por exemplo, a existência ou não de suporte familiar, suporte social, de recursos instrumentais, de representação social, de estereótipos podem ser fator facilitadores ou inibidores dos processos de transição. A transição saudável será determinada pela resposta do indivíduo ao processo de transição. Para completar e compreender todo o processo de transição, à luz do modelo de Meleis, importa salientar que existirão padrões de resposta divididos em dois tipos de indicadores, os de processo que e os de resultado. Os indicadores de processo são relevantes para o exercício da enfermagem, pois permitem que o enfermeiro infira, se o indivíduo que vivencia uma transição caminha na direção de saúde e bem-estar, ou então, se por outro lado se encontra na direção da vulnerabilidade e riscos. Estes englobam o sentir-se e manter-se integrado às

redes de suporte e apoio como a família, amigos, estruturas, profissionais de saúde; a interação com profissionais, cuidadores, familiares, grupos de ajuda mútua objetivando adequar e clarificar comportamentos de resposta às transições; o sentir-se situado no contexto e dinâmicas em que está inserido permitindo que o indivíduo solte as amarras do passado e enfrente os desafios do futuro; e desenvolver confiança e coping manifestada pelo grau de compreensão dos múltiplos processos relativos à necessidade de mudança, o uso dos recursos disponíveis ao seu alcance e pelo desenvolvimento de mecanismos para adquirir confiança e lidar com a situação (Guimarães & Silva, 2016).

Por último, falta referenciar os indicadores de resultado, que permitem apurar se a transição consistiu num evento saudável na vida da pessoa. Desta forma, Meleis postula a mestria e as identidades flexíveis e integradoras como indicadores de resultado. O primeiro refere-se aquisição de competências atitudes e comportamentos no decurso do processo de transição para gerir a nova situação. No continuum processual, conforme os indivíduos se aproximam da estabilidade, intrínseca ao culminar do processo de transição, o seu grau de mestria irá indicar os ganhos em saúde atingidos no decurso da experiência. As identidades flexíveis e integradoras refere-se a que numa transição saudável deve coexistir uma reformulação da identidade da pessoa, da qual advém a integração de novos conhecimentos objetivando a alteração dos seus próprios comportamentos (Santos, et al., 2015).

A mediação feita pelos profissionais de enfermagem, podendo ser consideradas intervenções terapêuticas, ao longo do processo serão compreendidas como uma ação intencional e continuada no decurso do processo de transição. As intervenções terapêuticas devem providenciar conhecimento e capacidades aos que vivenciam o processo de transição, conducentes a respostas positivas às transições, capazes de restaurar a sensação de bem-estar. Os enfermeiros fomentadores do cuidado transicional valorizam a pessoa, uma vez que os cuidados prestados estão associados ao desenvolvimento humano, favorecem a maturidade e o crescimento pessoal mediante a amplificação do equilíbrio e da estabilidade (Guimarães & Silva, 2016).

Ao abordar os cuidados de enfermagem e especificamente a intervenção terapêutica, importa também, que os enfermeiros possuam uma base teórica de suporte à sua atuação. Nesse sentido, a intervenção terapêutica com base nos fundamentos existencial humanista da relação de ajuda poderá ser uma importante ferramenta na sua praxis clínica.

O modo único de cada profissional estar em relação com a pessoa/cliente, é construída a partir da sua formação, experiências e estrutura-se em torno de algumas variáveis, independentes das condições

em que a ajuda é dispensada. Ao analisar as intervenções podemos observar que estas são influenciadas diretamente pela personalidade, conhecimentos e habilidades profissionais, pela conceção de pessoa e saúde, pela compreensão das razões e princípios na origem da necessidade de ajuda e pelo papel desempenhado do que ajuda e do que é ajudado e de acordo com o contexto. De certa forma, uma grande parte das vezes os profissionais demonstram dificuldades em descrever o modelo que orienta a sua prática, conduzindo a incongruências entre o “estar” e o “fazer”, incrementando a confusão num e a ansiedade no outro (Chalifour, 2008).

Deve então o profissional estar ciente destas conceções, para durante a sua intervenção, tenha a perceção de que forma a sua interação se encontra influenciada e quais as implicações que esta vai ter na relação que estabelece com a pessoa ajudada. As componentes do modelo aqui abordado centra-se em quatro aspetos fundamentais e que devem estar verdadeiramente clarificados na cabeça do técnico que estabelece a relação. São eles a pessoa ao qual o autor intitula de cliente, o terapeuta denominado de interveniente, o contexto e o ambiente da relação e os processos presentes na relação de ajuda profissional (Chalifour, 2008).

O cliente pode ser considerado um sistema aberto, na medida em que possui características ligadas à sua hereditariedade e ao seu desenvolvimento biológico, cognitivo, social, afetivo e espiritual. As suas experiências de vida são muito diversas, contendo os cinco sentidos e o sentido interno para imprimir significados nestas experiências. Os processos físicos e psíquicos permitem ao cliente estar atento a certas sensações e experimentar emoções que estas podem despoletar. Também apresenta necessidades, gostos, valores e intencionalidades que lhe imprimem motivação. Neste sentido, este tende a apresentar comportamentos que vão de encontro à sua adaptação e atualização. Ao se encontrar em interação com o ambiente vive conflitos, frustrações e ameaças manifestadas no seu organismo sob forma de stress e ansiedade. A necessidade de ajuda manifesta-se por sintomas, problemas, dificuldades na adaptação e distúrbios mentais ou do comportamento. O profissional, ao longo da sua intervenção, utiliza estes processos como fonte de informação e como objeto particular da sua intervenção (Chalifour, 2008).

O interveniente, similarmente ao cliente, também pode ser considerado um sistema aberto na medida em que possui características ligadas à sua hereditariedade e ao seu desenvolvimento biológico, cognitivo, social, afetivo e espiritual. Apresenta experiências de vida e de trabalho diversificadas que contribuem para que este possua conhecimentos de si, do seu papel, dos construtos teóricos que necessita para as suas intervenções e do funcionamento dos processos que decorrem na relação de ajuda. Estes construtos contribuem para que possua certas habilidades de contato (utilizando os seus sentidos,

o movimento e a palavra), de reconhecimento das mensagens conceptuais e afetivas, de comunicação verbal e não verbal (colocar questões, emitir feedback, sintetizar, informar, refletir, linguagem corporal) e de acompanhamento de determinados processos da relação como por exemplo o processo de entrevista, processo relacional e terapêutico. As suas atitudes são demonstrativas de compreensão empática, respeito, autenticidade, compaixão e esperança. Neste sentido os seus comportamentos são intencionais, visando apresentar-se como perito e facilitador para dar sentido à relação (Chalifour, 2008).

A relação de ajuda profissional é necessariamente desenvolvida num determinado ambiente e contexto. Os objetivos, a estrutura das trocas e o resultado são diretamente influenciados por estes. Por esse motivo o interveniente deve avaliar o ambiente e o contexto, adaptar-se a eles e por vezes modificá-los, para favorecer a qualidade da relação e do serviço prestado. O contexto é constituído por múltiplas variáveis, como o cliente, o interveniente e instituição onde decorre a relação de ajuda. O ambiente físico também pode ser muito diversificado devendo sempre haver o cuidado de este ser facilitador da troca e respeitar a confidencialidade (Chalifour, 2008).

Os processos presentes na relação de ajuda profissional podem ser subdivididos em três tópicos, a relação, a entrevista e a intervenção psicoterapêutica. A relação de ajuda profissional, apesar de às vezes parecer uma comunicação corrente, tem um carácter particular na medida em que o papel das pessoas, a sua posição relativa e carácter intimista, contribuem para que objeto da troca e as expectativas assumam elevada importância. Assim a relação de ajuda é uma interação particular entre duas pessoas, o cliente e o interveniente, em que cada uma delas oferece os seus contributos na procura e satisfação da necessidade de ajuda. O interveniente adequa a sua maneira de estar e fazer, comunicando-o de forma verbal e não verbal, de acordo com os objetivos propostos que foram delineados, conforme o pedido do cliente e a compreensão que o profissional fez deste. A entrevista é um tipo peculiar de interações comunicacionais entre um cliente e um profissional, em que os intervenientes utilizam determinados modos de estar e fazer em função da compreensão dos papéis, das suas características, do contexto, do conteúdo exposto, dos objetivos esperados e do tempo destinado para esse fim (Chalifour, 2008).

A intervenção psicoterapêutica pretende ajudar o cliente através de processos psicológicos, na mudança de comportamento, a gerir um sintoma e desenvolver as estratégias adaptativas. É um processo de interação dinâmico, organizado, baseado num conjunto de procedimentos e métodos de intervenção intencionais, assente sobre a interação das pessoas envolvidas e orientado para a resolução de problemas afetivos, comportamentais e sociais. O objetivo da intervenção psicoterapêutica é capacitar a pessoa para satisfazer as suas necessidades de afeto, reconhecimento e autonomia, por meio da correção de atitudes,

comportamentos e emoções desadaptadas, prejudiciais à satisfação destas necessidades (Chalifour, 2008).

2.3. Enfermagem de Ligação

O conceito de enfermeiro de ligação surge no Canada, na década de 60 do século passado, mais especificamente em Montreal. É visto como uma extensão aos serviços hospitalares e pretende diminuir o demora média de internamento. Utilizou-se para isso uma estratégia de identificação das pessoas a serem acompanhadas nos seus domicílios e a instituição de um sistema de ligação extra-hospitalar. Teoricamente o enfermeiro de ligação será o profissional adequado para manter a comunicação com o utilizador do sistema, identificar as necessidades e capacidades, assegurar a cooperação do cuidador informal após o retorno ao domicílio, determinar com a equipa multidisciplinar intra e extra-hospitalar os recursos necessários à recuperação e manutenção dos cuidados em ambulatório (Bernardino, Segui, Lemos, & Peres, 2010).

O facto de ser o profissional de enfermagem o elemento adequado, pode ser sustentado em estudos acerca da efetividade destes profissionais comparativamente a outros. Um estudo comparativo realizado entre enfermeiros e psiquiatras, determinou que o valor preditivo positivo das avaliações de risco é superior nos primeiros. Este estudo conclui que as avaliações de risco são comparáveis entre profissões e que suportam a prestação de serviços liderados por enfermeiros (Murphy, Kapur, Webb, & Cooper, 2011).

O enfermeiro de ligação enquadra o seu trabalho na gestão de casos, compreendido como um processo colaborativo através do qual o enfermeiro garante que o utente/família atinja os objetivos terapêuticos previstos na sua trajetória clínica, identificando e mobilizando a sua prática assistencial, mediando a intervenção dos recursos necessários para obtenção dos melhores resultados. Com esse objetivo, os enfermeiros auxiliam o paciente e a família a navegar com eficiência pelo sistema de saúde, minimizando elementos de fragmentação, descontinuidade e duplicação na assistência ao utente (Fernández, Moreno, Perejón, & Martín, 2007).

Num serviço que presta consultas de psiquiatria de ligação, as principais atividades são a intervenção na avaliação do risco e diminuição do risco de suicídio. Determinou-se a necessidade de aumentar o número de profissionais de enfermagem, objetivando a melhoria do serviço de psiquiatria de ligação (Wong & Yiu, 2014).

O projeto vencedor do 12.º Prémio de Boas Práticas em Saúde, organizado pela APDH em parceria com a DGS, ACSS e as várias ARS, funciona em parte sobre os princípios do enfermeiro de ligação, neste caso denominado de gestor de caso. Os enfermeiros são a peça chave deste projeto, uma vez que operacionalizam as ligações entre os doentes e os vários serviços de saúde. Estes são o elo de ligação dentro da equipa multidisciplinar, em que os doentes contactam unicamente com o enfermeiro que presta cuidados, de acordo com as suas necessidades individuais, encaminhando para outros recursos quando indicado. O plano de cuidados é individualizado e negociado com o utente e cuidadores. O enfermeiro é o elemento de ligação entre utentes, cuidadores e diferentes recursos em saúde. Este projeto tem gerado uma poupança de 2558€ por doente equivalente/ano, e mais do que o valor, importante para os órgãos de gestão de topo, os ganhos refletem-se na diminuição superior a 65% e 75% da utilização da urgência hospitalar e básica respetivamente, ainda com uma redução superior a 50% no internamento hospitalar, assim como o aumento da satisfação nos cuidados de saúde por parte dos utentes e profissionais (ULSLA, EPE, 2018).

Considera-se assim, que o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica se torna preponderante na continuidade de cuidados. Ao conseguir gerir os recursos de forma eficiente, gere e concebe cuidados de acordo com as necessidades dos utlizadores dos serviços de saude, encaminhando para outros profissionais se existir essa necessidade. Ao ser detentor de um enorme conhecimento e consciencia de si enquanto pessoa e enfermeiro, a sua intervenção especializada, com base em sólidos e válidos padrões do conhecimento, para além de outros resultados, promove a reabilitação psicossocial das pessoas com perturbação mental, objetivando a recuperação da funcionalidade do doente após a alta hospitalar e a sua reintegração na comunidade.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

O estágio decorreu num departamento de saúde mental e psiquiatria dum hospital da zona sul do país, mais concretamente na consulta externa e hospital de dia.

Na consulta externa para além das consultas médicas de psiquiatria e pedopsiquiatria, desenvolvem-se as atividades de enfermagem das quais podemos realçar a consulta de enfermagem de monitorização, a consulta de enfermagem pós-alta e programa CIR. No hospital de dia decorre o programa socio-ocupacional. Este programa tem como objetivo principal, a reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental e reintegrá-la na sociedade.

Na consulta de enfermagem de monitorização é feito o seguimento dos doentes com prescrição de injetáveis de longa duração ou ação de libertação prolongada, em tratamento compulsivo e voluntário. Para além da administração do injetável, e sendo uma consulta de enfermagem ao invés de um ato isolado de administração de terapêutica, é feita uma avaliação geral do doente, identificando, por exemplo, alterações mentais ou do comportamento ao seu estado habitual e implementando as intervenções necessárias à prevenção de agudizações da patologia do doente. Neste espaço é também feita psicoeducação em vários âmbitos, como a importância da adesão terapêutica, manutenção do padrão do sono entre outros. Na nossa perspetiva, é um espaço muito rico que permite a observação, de um grande leque de doentes e consequentemente de patologias muito grande. Contribui para o contacto com as mais variadas psicopatologias e comportamentos associados.

O programa CIR, é um programa que objetiva promover a saúde mental dos utentes que o frequentam. Um programa com uma base cognitivo-comportamental, funciona de acordo com o modelo do enfermeiro de referência a codesenvolver estratégias que facilitem a adaptação à patologia que o acomete, seja pela identificação de sinais/sintomas, sinais de alarme, psicoeducação sobre medicação, mediação familiar entre outros. Auxilia os doentes a identificar estratégias de coping ineficazes e de que forma as mudanças comportamentais podem ser facilitadoras do estabelecimento de melhores estratégias, como também do aumento da funcionalidade individual no quotidiano.

A consulta de enfermagem pós alta, é uma atividade de enfermagem especializada que, pretende fazer uma avaliação global e pormenorizada do doente, no período de transição, subsequente à permanência na unidade de internamento de doentes agudos. Pretende-se nesta consulta avaliar o

regresso do doente ao seu quotidiano após o internamento, e desta forma detetar dificuldades e/ou problemas que possam ter surgido. Para além duma avaliação clínica geral, é realizada a avaliação do estado mental e é avaliado como o doente se está a adaptar ao regime terapêutico. Direciona-se no sentido de avaliar a adaptação do utente ao seu quotidiano, no período que precede a consulta médica e após este ter tido alta. Permite identificar necessidades em que o enfermeiro especialista pode intervir no individuo ou grupo onde este se insere (p.e. família, redes de apoio, etc.), ajudando no processo de transição para esta nova etapa, e quando essas necessidades se desviam da intervenção do mesmo, procede às diligencias necessárias para encaminhar as situações para outros elementos da equipa multidisciplinar, ou recursos da comunidade.

O programa sócio ocupacional desenvolve-se com um máximo de 30 utentes. Estes são distribuídos por grupos, frequentando ateliers jardinagem/horticultura, carpintaria e expressão plástica, coordenados pelos respetivos monitores. O papel do EEESMP é dedicado na maioria do seu tempo a atividades específicas, como por exemplo, sessões de psicoeducação, sessões de movimento (onde se incluem sessões de relaxamento, ginástica, etc.), sessões de estimulação cognitiva e treino de competências. Para além destas atividades o enfermeiro é responsável pelo acompanhamento e avaliação diária dos utentes em frequência do programa, gestão do regime terapêutico, entrevistas dos utentes com a figura do enfermeiro de referência e outras necessidades de cuidados de enfermagem.

3.1 Problemática

Geralmente, a problemática surge de uma ou várias necessidades, e para a qual se tenta encontrar soluções e/ou definir estratégias de intervenção visando suprimir estas necessidades.

Pode-se definir como problema como uma situação vivenciada no momento da intervenção, perspetivando uma melhoria possível em relação à situação existente e que pode conduzir à situação desejada (Pena, 2011).

A problemática em estudo centra-se na saúde mental e nas necessidades de cuidados em saúde da população na área da saúde mental.

A saúde mental em Portugal, em paridade com o que acontece um pouco por todo o mundo, tem se tornado a principal causa de incapacidade e também umas das principais causas de morbilidade e de morte prematura (Patel, 2012).

De acordo com dados do relatório da OMS estima-se terem ocorrido, só no ano de 2012, 804 000 mortes por lesões auto provocadas, representando uma taxa de suicídio padronizada de 11.4 por 100 000 habitantes. Nos países de classe alta, o suicídio é responsável por 17,6 % de todas as mortes nos jovens adultos, entre os 15 e 29 anos, sendo classificado como a segunda principal causa de morte logo a seguir aos acidentes de aviação. É referido também que 90% dos suicídios podem ser atribuíveis a doenças mentais, sendo que 22% de todos os suicídios estão relacionados com o uso de álcool. Deste ponto de vista é essencial o investimento nos serviços relacionados com a doença mental e o uso de substâncias (WHO, 2014).

Dados recolhidos pela organização mundial de saúde referem que na Europa cerca de 27% da população entre os 18 e 65 anos experienciou pelo menos um problema de saúde mental no ano anterior, como por exemplo depressão, uso de substâncias ou transtornos alimentares. Estes dados representam uma enorme quantidade de população com problemas de saúde, com cerca de 83 milhões de pessoas afetadas. Ainda assim, pensa-se que estes números subestimam o problema, uma vez que não estão incluídos dados da população com mais de 65 anos, grupo particularmente vulnerável para alguns problemas de saúde mental, nomeadamente demências (WHO, 2019).

Os problemas de saúde mental nos países desenvolvidos podem representar cerca de 23% do peso global das doenças, em que cinco das 10 principais causas de dependência e incapacidade a longo prazo são doenças neuropsiquiátricas (Xavier, Batista, Mendes, Magalhães, & Caldas-de-Almeida, 2013).

Os transtornos neuropsiquiátricos são a terceira principal causa de anos de vida ajustados à incapacidade (DALY) correspondendo a 15,2%. Os distúrbios mentais são ainda, de longe, o principal motivo para as condições crónicas que acometem a população europeia. Os dados referem que os distúrbios neuropsiquiátricos são a principal causa de anos vividos com incapacidade (YLD), sendo responsáveis por 36,1% dos atribuíveis a todas as causas. Dos transtornos mentais destacam-se a depressão e abuso de álcool como as duas mais prevalentes entre as doenças mentais (WHO, 2019).

Os dados de prevalência anual em Portugal observam que mais de um quinto da população portuguesa (22,9%) padece de transtorno mental, sendo a perturbação da ansiedade e a patologia

depressiva os dois problemas mais prevalentes com 16,5% e 7,9% respetivamente. Da mesma forma, verifica-se que Portugal apresenta uma das mais elevadas prevalências de transtornos mentais, superiores à maioria dos países da Europa, sendo apenas semelhante à Irlanda do Norte (23,1%) e ligeiramente inferior aos EUA (26,4%). Os dados também apontam para uma elevada utilização da rede de cuidados de saúde primários para o tratamento de problemas de saúde mental, representando uma importante janela no que toca a acessibilidade aos cuidados inseridos na comunidade no tratamento das perturbações mentais mais comuns. Os transtornos mentais representam um importante impacto na carga global das doenças com 11,8 % e apenas superado pelas doenças cérebro-cardiovasculares com 13,4%. Na quantificação dos anos vividos com incapacidade (YLD), que representam a carga de morbilidade das doenças, as perturbações mentais e do comportamento, representam uma das principais problemáticas e aparecem destacadas com 20,55%, com um peso superior à soma da morbilidade atribuível aos restantes programas prioritários definidos pela DGS (DGS, 2014).

Em Portugal, segundo os números apresentados pelo documento “Causas de Morte 2017” do INE, o número de óbitos atribuível a perturbações mentais e do comportamento foi de 4032, com uma taxa bruta de mortalidade de 39,1 por 100 000 habitantes. O número médio de anos potenciais de vida perdidos (YLL) em Portugal, que tiveram por causa de morte transtornos mentais e do comportamento cifra-se em 10,1 com uma taxa de 19,1 por 100 000 habitantes. Ainda de acordo com o mesmo documento, foram notificados 1061 óbitos com a causa de morte lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio). Ao analisar estes números denota-se logo uma diferença bastante significativa entre géneros, com 787 e 284 para homens e mulheres respetivamente. Também neste item coexiste um dado importante relacionado com o número médio de anos potenciais de vida perdidos (YLL) de 20,4 com taxas de anos potenciais de vida perdidos padronizadas de 161,5 por 100 000 habitantes (INE, 2019).

O Alentejo é uma das regiões do país onde os transtornos mentais parecem ter maior ênfase. Como exemplo, podemos verificar que o maior registo de perturbações da ansiedade (7,86%), de demências (1,09%) ocorre na região do Alentejo e o registo das perturbações depressivas é praticamente igual na região do Alentejo e do Centro, 11,13% e 11,14% respetivamente (DGS, 2017).

A proporção mais elevada de mortes por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) situa-se no Alentejo Litoral, com 2,3% do total de mortes e ainda apresenta a taxa bruta de mortalidade mais elevada com 30,8 por 100 000 habitantes (INE, 2019).

Em 2012, o Alentejo é a Região com a taxa mais alta de suicídio em Portugal, tanto nos homens como nas mulheres, atingindo 44,1 por 100 000 habitantes nos homens e 14,6 por 100 000 habitantes nas mulheres (DGS, 2014).

A importância da multidisciplinaridade das equipas na área de saúde mental pode ser inferida por se encontrarem definidos rácios padrão de recursos humanos na psiquiatria de adultos. Estes rácios incluem médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos clínicos, assistente sociais e terapeutas ocupacionais. O recurso humano a ser disponibilizado em maior número à população com problemas de saúde mental são os enfermeiros. Nesta linha considera-se que o rácio padrão de recurso humanos devem ser de 4 psiquiatras por 75 000 habitantes, 6 enfermeiros, 1 psicólogo, 1 assistente social e 1 terapeuta ocupacional por 50 000 habitantes. De acordo com dados da ACSS 2015, em 2013 existiam na ARS Alentejo 2.8 enfermeiros por 50 000 habitantes em funções de psiquiatria, sendo este um número extremamente baixo (ERS, 2015).

A região do Alentejo tem o menor número de médicos psiquiatras com 0.5 por 25 000 habitantes, metade do rácio considerado adequado, situação que atinge níveis críticos no litoral alentejano onde nunca foi possível fixar nenhum psiquiatra (Carvalho, et al., 2015).

Segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental 2017:

“O registo de utentes com perturbações mentais nos cuidados de saúde primários tem vindo a aumentar desde 2011, no que diz respeito às perturbações de ansiedade, às perturbações depressivas e às demências.”

“Temos em Portugal uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa; uma percentagem importante das pessoas com doenças mentais graves permanece sem acesso a cuidados de saúde mental, e muitos dos que têm acesso a cuidados de saúde mental continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (programas de tratamento e de reabilitação psicossocial), hoje considerados essenciais.”

Ainda de acordo com um estudo conduzido no Litoral Alentejano de 65 instituições que respondem na área da saúde mental, consideram de maior prioridade a intervenção na área da saúde, em detrimento de outras áreas como “ambiente”, “cultura” ou “habitação”. No entendimento destas instituições, foi referido que os grupos alvo mais prioritários são as “pessoas idosas” e “crianças e jovens”. Das 65 instituições, 49 referem como muito necessário e 9 como necessário a existência de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, ou seja, quase a totalidade das instituições reconhece a importância da existência de EEESMP (Nunes & Inês, 2017).

3.2 Operacionalização da Consulta de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica

A consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica, para além de outras, reveste-se de especial importância no que concerne à continuidade de cuidados no doente após a alta hospitalar.

Alguns autores identificam a falta de continuidade de cuidados como um fator de risco para o reinternamento (Habit, Johnson, & Edlund, 2018). Outros realçam a importância da continuidade de cuidados pela diminuição dos custos em saúde que esta proporciona, para além da diminuição do número médio de dias de internamento, fator de risco apontado por outros autores para o reinternamento (Roos, Bjerkeset, & Steinsbekk, 2018).

A falta de compromisso dos doentes com o seguimento e continuidade de cuidados resultam em deterioração do seu estado. São apontados os efeitos prejudiciais para a saúde dos doentes as faltas às consultas de saúde mental e o importante papel do enfermeiro no aumento da adesão à continuidade de cuidados (Clouse, Williams, & Harmon, 2015).

A continuidade de cuidados é um dos principais tópicos na era pós desinstitucionalização. Esta releva-se na prevenção do reinternamento do doente mental. O reinternamento está relacionado com a continuidade de cuidados e não com o diagnóstico, existindo aumento significativo do reinternamento dos doentes que não tiveram esta continuidade (Grinshpoon, Lerner, Hornik, Zilber, & Ponizovsky, 2011).

Existe um risco muito elevado nos 30 dias subsequentes ao internamento hospitalar e a continuidade de cuidados em saúde mental reduziram substancialmente o risco de internamento (James, et al., 2010).

Com vista a operacionalização da Consulta de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica foram tidos em conta vários aspetos. Desta forma iniciou-se com definição dos objetivos gerais e específicos para a consulta de enfermagem:

Objetivo geral

- ✓ Assegurar cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e psiquiátrica com qualidade à população da área de abrangência da consulta.

Objetivos específicos

- ✓ Implementar a consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica;
- ✓ Realizar a consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica;
- ✓ Avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem realizadas na consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica;
- ✓ Diminuir as taxas de (re)internamento do doente mental grave;
- ✓ Reduzir a deterioração cognitiva do doente mental resultante da agudização da sua doença;
- ✓ Garantir apoio especializado aos enfermeiros dos cuidados de saúde primários em situações de maior complexidade;

Critérios de implementação

Grupo experimental:

Utentes provenientes do internamento psiquiatria de doentes agudos;

Utentes com doença mental grave de um concelho do Alentejo;

Familiares ou cuidadores informais dos utentes supracitados.

Horário e frequência:

Manhã (08:00 às 16:30) duas vezes por semana

Critérios de Atuação:

Consulta nos primeiros 15 dias após alta do internamento;

Consulta nos primeiros 15 dias após alta do internamento com as pessoas significativas ou de acordo com a sua disponibilidade;

Consulta com os utentes mensalmente, ou com a mesma periodicidade que consulta médica ou SOS.

Instrumentos

Sistema de informação – SCLINICO;

Registo de avaliação inicial;

Registo da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental;

Processo de Enfermagem;

Encaminhamento para psiquiatria.

Responsáveis pela Consulta

Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

Linhas orientadoras

As linhas orientadoras têm como propósito esclarecer o modo de realização da consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica. Será feita uma descrição das várias etapas da consulta, objetivos e considerações pertinentes a abordar. De ressaltar que as etapas agora definidas não são estanques, mas sim dinâmicas podendo interligar-se com as etapas subsequentes e estas com as anteriores, dependendo das situações em particular e da avaliação do enfermeiro.

Apresentam-se assim quatro momentos com a pretensão de serem meramente um fio condutor para o decorrer da consulta de enfermagem.

Inicial: Colheita de dados / início da relação terapêutica

Objetivos:

- ✓ Conhecer o utente;
- ✓ Dar início à relação terapêutica;
- ✓ Explicar ao utente o processo e contrato terapêutico.

Linhas Orientadoras:

- ✓ Conhecer a pessoa e/ou cuidadores informais e apresentar-se;
- ✓ Descrever o funcionamento das consultas;
- ✓ Identificar necessidades, expectativas e objetivos do utente;
- ✓ Clarificar o papel do EEESMP;
- ✓ Informar sobre os objetivos da relação;
- ✓ Identificação dos principais focos de atenção;
- ✓ Delinear plano de cuidados com o utente;
- ✓ Prevenção de problemas eminentes;
- ✓ Feedback e programação da consulta seguinte;

Transição: Identificação

Objetivos:

- ✓ Identificar problemas e necessidades da pessoa/cuidador informal;
- ✓ Implementar as intervenções de enfermagem para modificar o diagnóstico estabelecido.

Linhas Orientadoras:

- ✓ Resumir a sessão anterior;

- ✓ Negociar os cuidados planeados para estimular a adesão ao programa terapêutico;
- ✓ Reforçar a colaboração ativa do utente/familiar;
- ✓ Permitir que a pessoa aprofunde os problemas e dificuldades vividas;
- ✓ Ajudar nas possíveis interpretações dos vividos;
- ✓ Identificar necessidades de mudança comportamental e motivações;
- ✓ Estabelecer metas conjuntas e meios para as alcançar;
- ✓ Encaminhamento para outros recursos;
- ✓ Feedback da consulta e programação da consulta seguinte;

Exploração: Manutenção / Consolidação da Relação

Objetivos:

- ✓ Explorar focos e diagnósticos do cliente/família;
- ✓ Consciencializar para os focos diagnósticos prioritários;
- ✓ Contribuir para a autonomia na satisfação das necessidades/resolução de problemas;

Linhas Orientadoras:

- ✓ Resumo da última consulta;
- ✓ Análise e esclarecimento de dúvidas surgidas desde a última consulta;
- ✓ Clarificar com o utente o motivo da intervenção;
- ✓ Definir objetivos e expectativas;
- ✓ Debater temas proposto pelo utente;
- ✓ Encorajar expressão de sentimentos, pensamentos e comportamentos;
- ✓ Prescrever um plano terapêutico face às necessidades;
- ✓ Capacitar a pessoa para satisfação de necessidades/resolução de problemas;
- ✓ Utilizar os recursos institucionais disponíveis para auxiliar na satisfação de necessidades/resolução de problemas;
- ✓ Privilegiar a relação terapêutica;
- ✓ Rever e redefinir contratos terapêuticos com o utente;

- ✓ Negociar objetivos e reptos que o doente deve atingir entre sessões;
- ✓ Validar e dar reforço positivo nos progressos;
- ✓ Receber o feedback do desenvolvimento da consulta;
- ✓ Resumo da sessão e planeamento da sessão seguinte;

Resolução: Termo/Separação

Objetivos:

- ✓ Avaliar a consecução dos objetivos propostos;
- ✓ Avaliar comportamento;
- ✓ Avaliar a autonomia;
- ✓ Analisar o contrato terapêutico.

Linhas Orientadoras:

- ✓ Avaliar o sucesso do plano terapêutico;
- ✓ Obter feedback sobre a(s) intervenções;
- ✓ Perceber os sentimentos causados pelo final da relação terapêutica;
- ✓ Resumir focos e diagnósticos levantados;
- ✓ Resumir intervenções e resultados obtidos;
- ✓ Explicar a importância do doente no projeto terapêutico e na construção da sua situação atual;
- ✓ Efetuar separação física e orientar para recursos comunitários/vigilância de saúde.

Programação da consulta de enfermagem

Programadas de acordo com a referenciação do internamento de agudos, necessidades e disponibilidades dos utentes/cuidadores, evolução do estado clínico, respeitando os horários pré-estabelecidos.

Na entrevista inicial preenchimento da avaliação inicial (instrumento SCLINICO)

De acordo com a parametrização do Sclínico® deverão ser colhidos os dados que permitem o preenchimento completo da avaliação inicial e posterior elaboração de todo processo de enfermagem. De entre os mais importantes destacam-se os dados anamnésicos, antropométricos, comunicação, sinais vitais, avaliação física, estado nutricional, avaliação do estado mental e exame psicopatológico (consciência, atenção, orientação, memória, percepção, discurso, pensamento, vivência do eu, humor/emoções/afetos, vontade/impulsividade, motricidade, vida instintiva e insight).

O EEESMP procederá posteriormente à elaboração do processo de enfermagem, de acordo com os focos de atenção alterados, contruir os devidos diagnósticos de enfermagem.

Foco de Atenção/Diagnósticos de enfermagem

Para a construção de um diagnóstico de enfermagem, existem características que deverão estar presentes, tais como: "ser curto, claro e objetivo (...); ser específico para um só desequilíbrio e estabelecido criteriosamente; ser estabelecido sobre os dados observados ou fornecidos pelo indivíduo; não se pode confundir com os seus sinais ou sintomas; ser específico da enfermagem e não de outras áreas." (Amaral, 2010). O mesmo autor afirma que existe vantagem na utilização de uma "linguagem" como a CIPE® para a construção de diagnósticos padronizados, uma vez que "permite demonstrar que a prática de enfermagem é válida e legítima em qualquer circunstância, avaliando os resultados sensíveis aos cuidados, mediante as respostas às intervenções de enfermagem, permitindo ainda a documentação de todo o trabalho do enfermeiro, em suporte informático, igual em todo o mundo" (Amaral, 2010).

A linguagem classificada CIPE® defende a utilização do “Modelo de Sete Eixos” como ferramenta para a construção de diagnósticos e intervenções de enfermagem. Estes eixos são constituídos por:

“Foco: área de atenção que é relevante para a Enfermagem (...).

Juízo: opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de Enfermagem (...).

Cliente: sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção.

Ação: processo intencional aplicado a um cliente (...).

Recursos: forma ou método de concretizar uma intervenção (...).

Localização: orientação anatómica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção (...).” (Internacional Council of Nurses, 2016)

Para construção dos enunciados de diagnóstico de enfermagem é necessário um termo do eixo dos Focos e um termo do eixo dos Juízos, podendo ser acrescentados termos de outros eixos, caso necessário. Na construção de intervenções de enfermagem, é necessário um termo do eixo das Ações e um outro termo de qualquer eixo, exceto do eixo dos Juízos; podem ser acrescentados mais termos de qualquer eixo, se necessário (Internacional Council of Nurses, 2016).

Os Diagnósticos de Enfermagem posteriormente descritos foram selecionados de acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros descritos num documento intitulado “Padrão De Documentação em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica”. Estes são relativos à prestação de cuidados de enfermagem por EEESMP, uma vez que estes são os detentores dos conhecimentos mínimos para a formulação dos diagnósticos e das competências necessárias à implementação de um plano de cuidados, centralizado nas intervenções psicoterapêuticas em enfermagem e consequente avaliação. (OE, 2018)

Desta forma, seria inviável enumerar todos os focos e diagnósticos de enfermagem que se adequarão à individualidade biopsicossocial de cada pessoa, pelo que apenas se fará referência a alguns descritos como mais frequentes e/ou de maior relevância para a prática do EEESMP.

Agitação Psicomotora

Segundo a CIPE®, a Agitação é “um tipo de Hiperatividade com as características específicas: excitação psicomotora sem objetivo, atividade incessante, andar sem parar; descarga de tensão nervosa associada com ansiedade, medo ou stresse mental.” (Internacional Council of Nurses, 2016).

Alucinação

Segundo a CIPE®, a Alucinação consiste numa “Perceção comprometida: aparente registo de estímulos sensoriais que realmente não estão presentes: classificam-se, segundo os sentidos, em alucinações auditivas, visuais, olfativas, gustativas ou táteis.” (Internacional Council of Nurses, 2016).

Ansiedade Moderada Ou Elevada

Segundo a CIPE®, Ansiedade “emoção negativa: sentimento de ameaça; perigo ou angústia.” (Internacional Council of Nurses, 2016).

Autocontrolo Comprometido

Segundo a CIPE®, a descrição de autocontrolo é “Volição: disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo; lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida.” (Internacional Council of Nurses, 2016).

Autoimagem

Segundo a CIPE®, Autoimagem consiste numa Crença (opiniões, convicções e fé) e é descrita como o “conceito ou imagem mental de si próprio.” (Internacional Council of Nurses, 2016).

“Uma vez que a CIPE® 2015 (2016) considera que o foco Autoimagem tem como filhos os focos Autoestima, Identidade Pessoal e Imagem Corporal, estes serão incluídos nos critérios para o diagnóstico Autoimagem Comprometida.” (OE, 2018).

Cognição Comprometida

Segundo a CIPE®, Cognição Comprometida é um “Processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção; pensamento; raciocínio e memória.” (Internacional Council of Nurses, 2016).

Comportamento Aditivo

“O comportamento aditivo é um comportamento com características impulsivas compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas.” (OE, 2018).

Segundo a CIPE®, Comportamento compulsivo é “comportamento repetido que interfere com o funcionamento no dia-a-dia; atos repetitivos conduzidos para reduzir a ansiedade ou pensamentos obsessivos.” (Internacional Council of Nurses, 2016).

Comportamento autodestrutivo

Segundo a CIPE®, Comportamento autodestrutivo “comportamento comprometido: desempenhar atividades autoiniciadas com o objetivo de se agredir ou lesionar; violência orientada contra si próprio.” (Internacional Council of Nurses, 2016).

Comportamento Interativo Comprometido

Segundo a CIPE®, Comportamento Interativo é descrito como filho do “Relacionar: agir com os outros. Ainda de acordo com a mesma fonte relacionar é “Atender: estabelecer ou manter ligações com um ou mais indivíduos, interagir.” (Internacional Council of Nurses, 2016).

Confusão

Segundo a CIPE®, Confusão é um tipo de “pensamento distorcido: memória comprometida, com desorientação em relação à pessoa, local ou tempo.” (Internacional Council of Nurses, 2016).

Crise Familiar

Segundo a CIPE®, Crise Familiar é descrita com um “facto repentino que desequilibra a estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família. Dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz.” (Internacional Council of Nurses, 2016).

Delírio

Segundo a CIPE®, Delírio é descrito como “pensamento distorcido” filho da “cognição comprometida” já descrita anteriormente (Internacional Council of Nurses, 2016).

Dependência de substâncias

Segundo a CIPE®, dependência de substâncias é considerado um tipo de dependência com efeitos negativos daí ser atribuído um juízo dando origem ao diagnóstico “dependência negativa.” (Internacional Council of Nurses, 2016).

Humor Depressivo

Segundo a CIPE®, Humor Depressivo é descrito como uma “Emoção negativa: sentimentos de tristeza a melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia.” (Internacional Council of Nurses, 2016).

Humor Eufórico

Segundo a CIPE®, não é contemplado o humor eufórico. Por sua vez, pode ser enquadrado dentro do diagnóstico estado maníaco (OE, 2018). Por sua vez a CIPE®, define estado maníaco como “Status neurológico comprometido: estado da emoção cheio de vitalidade positiva, negando preocupações e perdendo a inibição. Uma pessoa neste estado experimenta exaltação do ego, sentido de realização, hilaridade, torna-se verborreico, hiperativo e desenvolve excitação psicomotora; tem ideias absurdas.” (Internacional Council of Nurses, 2016).

Luto Disfuncional

Segundo a CIPE®, Luto é definido como “Emoção: sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque e descrença (fase de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação (fase de reação); ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro (fase de aceitação)” e em que deverá haver uma “Resposta psicológica: processo de resolver o luto; reação emocional para ajudar a ultrapassar uma grande perda pessoal, sentimentos de pena ou perda extrema, que se processam através do pranto e do nojo; trabalho consciente com reações e emoções de sofrimento.” (Internacional Council of Nurses, 2016). Quando o indivíduo é incapaz de estabelecer o processo psicológico do luto surge o diagnóstico de Luto disfuncional.

Obsessão

Segundo a CIPE®, Obsessão é uma “Preocupação: pensamento ou ideia persistente, com o qual a mente está contínua e involuntariamente preocupada; pensamentos sugestivos de atos irracionais; repetição do pensamento; pensamentos sobre detalhes triviais e irrelevantes; ideias absurdas sem base na realidade que não são passíveis de ser eliminadas pela lógica ou razão, associadas a comportamento compulsivo.” (Internacional Council of Nurses, 2016).

Potencial De Recuperação

Segundo a CIPE®, Recuperação é um “Status: eliminar; readquirir força, restabelecer a saúde, condição normal ou modo de vida.” (Internacional Council of Nurses, 2016).

Risco De Suicídio

Segundo a CIPE®, suicídio é “Comportamento autodestrutivo: execução de atividades suicidas que levam à própria morte.” (Internacional Council of Nurses, 2016).

Stresse

Segundo a CIPE®, Stresse é “sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo.” (Internacional Council of Nurses, 2016).

Intervenções de enfermagem

As intervenções de enfermagem podem ser definidas como qualquer tratamento, com base em conhecimento científico e julgamento clínico, que os enfermeiros executam com o objetivo de aumentar os resultados do cliente. Incluem-se as atividades diretas e indiretas, ao utente, família e/ou comunidade, em tratamentos iniciados pelos enfermeiros ou outro profissional de saúde. As atividades de enfermagem situam-se ao nível da ação concreta, com o seu foco no comportamento da enfermagem, uma vez que são estes procedimentos ou ações específicas realizados para implementar uma intervenção que ajudam os clientes a direcionar-se no sentido do resultado esperado. Uma ou várias atividades são necessárias

para executar uma intervenção específica e uma ou várias intervenções específicas para executar uma intervenção mais abrangente (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2016).

Assim as intervenções de enfermagem surgem normalmente agrupadas, podem compreender uma ou várias atividades que o enfermeiro deve desenvolver, e que ao serem realizadas sistematicamente pelos enfermeiros, visam modificar um determinado diagnóstico. Podemos então expor que dentro de uma intervenção mais ampla, teremos de executar várias intervenções específicas em prossecução da mesma. Muitas vezes o conjunto de intervenções não é aplicável em todas as situações, contudo não é impositivo que a intervenção major não seja efetuada (Amaral, 2010).

Estas intervenções surgem muitas vezes protocoladas quer ao nível institucional quer ao nível dos serviços, sobre a forma de normas de orientação clínica ou de normas de procedimento.

Uma vez que as intervenções de enfermagem incluem um conjunto muito alargado de atividades, passível de ser sempre aumentado, opta-se por seguir o documento orientador da OE, “Padrão De Documentação em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica” e referir apenas as intervenções específicas do EEESMP, de acordo com as especificações descritas. Assim segue-se a lista das intervenções “ipsis-verbis” nele contido.

Intervenções de enfermagem do EEESMP

- ✓ Executar Aconselhamento
- ✓ Executar Apoio Emocional
- ✓ Executar Entrevista Motivacional
- ✓ Executar Estimulação Cognitiva
- ✓ Executar Intervenção Breve
- ✓ Executar Intervenção de Reabilitação Psicossocial
- ✓ Executar Intervenção em Crise
- ✓ Executar Intervenção Familiar
- ✓ Executar Intervenção para Autoperceção Positiva

- ✓ Executar Intervenção Psicoeducativa
- ✓ Executar Modificação de Comportamento
- ✓ Executar Orientação para a Realidade
- ✓ Executar Programa de Ajuda Mútua
- ✓ Executar Programa de Capacitação do Cuidador de Pessoa com Demência
- ✓ Executar Programa de Literacia em Saúde Mental
- ✓ Executar Programa de Prevenção do Suicídio
- ✓ Executar Programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental
- ✓ Executar Programa de Saúde Mental Positiva
- ✓ Executar Reestruturação Cognitiva
- ✓ Executar Relação de Ajuda Treinar Técnica de Autocontrolo
- ✓ Executar Técnica de Relaxamento
- ✓ Executar Técnica de Resolução de Problemas
- ✓ Executar Treino Metacognitivo
- ✓ Treinar Competências Sociais
- ✓ Treinar o Comportamento Assertivo

Avaliação / Resultados esperados

A avaliação é a etapa onde se analisa as respostas do paciente aos cuidados prestados e os resultados das intervenções de enfermagem. Pode-se realizar a cada contacto com o utente ou sempre que a sua situação se altere significativamente. Deste modo pode avaliar intervenções que necessitem de ser corrigidas, as que devem ser mantidas e as que se devem terminar por terem suprido as necessidades da pessoa cuidada (Alvim, 2014).

É, portanto, a etapa final do processo com o objetivo de determinar a evolução positiva ou negativa no estado do doente, modificar os diagnósticos e reformular as intervenções, com o objetivo de redirecionar a evolução da pessoa no sentido do equilíbrio e recuperação. Para auxiliar na identificação

dos resultados esperados é importante previamente o estabelecimento de metas em conjunto com o utente e de acordo com a situação final desejada. Sendo um sistema dinâmico, a avaliação presume um processo contínuo na determinação dos efeitos das intervenções e constantes reformulações mantendo a direção dos resultados expectáveis (Amaral, 2010).

Para avaliar os resultados da consulta de enfermagem especializada propõe-se a utilização de indicadores de enfermagem, como por exemplo, taxas de adesão terapêutica, taxa de reinternamento, Índice de satisfação dos pacientes frequentadores da consulta especializada em saúde mental e psiquiátrica.

Registos

Os registos de enfermagem revestem-se de grande importância na prática. Estes devem materializar de forma sistemática, entre outros elementos, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os ganhos obtidos com as intervenções de enfermagem por parte do cliente (OE, 2001).

São então um conjunto de dados que possibilita a transmissão de factos fundamentais sobre o doente, devendo ser elaborados de forma sistemática, com uma ordem cronológica e organizada, refletindo a situação atual do cliente. Devem ter por base regras e critérios que os tornem objetivos, claros e concisos e que possibilitem a continuidade de cuidados e a prestação de cuidados de qualidade individualizados. São também fundamentais para o funcionamento da equipa multidisciplinar, permitindo a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde, a individualização dos cuidados, e o planeamento e continuidade dos mesmos. Também apresentam a particularidade de dar visibilidade e reconhecimento ao desempenho da classe profissional da enfermagem, robustecendo a sua autonomia e responsabilidade profissional, para além da componente legal associada, pois como todos já devem ter ouvido o que não está registado não foi realizado, mesmo que efetivamente o tenha sido (Pereira S. , 2005).

A Associação Pública Profissional dos Enfermeiros, refere que a “Informação de Enfermagem” é muito relevante para a governação na saúde, pelos imperativos de natureza legal e ética dos sistemas de informação, pelos que discorrem da sua relevância para as decisões clínicas, para os processos de tomada de decisão, para a qualidade e continuidade dos cuidados, para a formação, a investigação e gestão (OE, 2007).

De acordo com a mesma fonte os registos de enfermagem devem:

“...descrever as necessidades em cuidados de enfermagem em diferentes contextos, populações, áreas geográficas e momentos; identificar diagnósticos de enfermagem; intervenções de enfermagem que estão a ser implementadas; observar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem; e avaliar os recursos que estão a ser utilizados.” (OE, 2007, p. 5).

Como refere a mesma associação entende-se por registos de enfermagem, o aglomerado de informação produzida pelos profissionais de enfermagem durante a sua prática clínica, na qual junta os dados consequentes das necessidades de cuidados de enfermagem (intervenções autónomas), da informação que resulta do processo de tomada de decisão, dos outros profissionais de saúde e executado pelos enfermeiros (intervenções interdependentes), assim como todos os dados necessários à continuidade de cuidados. Os registos de enfermagem são imprescindíveis, provedores de informação objetiva aos elementos da equipa multidisciplinar, garantindo a continuidade das intervenções nas ocorrências num intervalo temporal, sendo uma das atividades que expressam a concretização efetiva dos cuidados num contexto legal. (OE, 2014)

3.3 Metodologia

A construção do conhecimento científico inicia-se com a revisão da literatura, processo através do qual surgem novas teorias, se reconhecem lacunas e oportunidades para o aparecimento de pesquisas num assunto específico (Botelho, Cunha, & Macedo, 2011).

A metodologia pressupõe a definição dos meios necessários para pôr em prática a investigação. É no decurso desta etapa que o investigador determina quais os procedimentos que vai realizar, para responder às questões de investigação ou verificar as hipóteses. Também é na metodologia que se define o objeto de estudo, a dimensão da amostra e os métodos de colheita de dados, assim como, da fidelidade e validade dos métodos de colheita dos dados. Na fase metodológica o investigador descreve o desenho do estudo e a forma como vai desenvolver os procedimentos para conduzir e realizar a investigação (Fortin, Côté, & Fillion, 2009).

A investigação pode ser definida como um processo racional e sistemático para adquirir conhecimento, sendo que o rigor e a sistematização devem estar presentes em qualquer investigação. As

principais funções da investigação compreendem a descrição, explicação e predição, em que cada uma delas, corresponde a um nível no processo de aquisição dos conhecimentos (Fortin, Côté, & Filion, 2009).

A revisão integrativa contribui amplamente para a reunião de saberes sobre um determinado assunto/problema, compondo um agregado de conhecimento de rigor metodológico (Sousa, Vieira, Severino, & Antunes, 2017).

Com o objetivo de aprofundar a temática em estudo foi desenvolvida uma revisão integrativa de literatura, com o propósito de sustentar e fundamentar a importância da consulta de enfermagem em saúde mental na continuidade de cuidados após a alta hospitalar do doente mental.

Deste modo, em persecução dos objetivos foi elaborada a revisão de bibliografia seguindo as seis etapas definidas por Mendes, Silveira, & Galvão (2008), nomeadamente identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos, identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, categorização dos estudos selecionados, análise e interpretação dos resultados e por fim apresentação da revisão/ síntese do conhecimento.

Definiu-se como questão de investigação *qual a importância da consulta de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica na continuidade de cuidados após a alta hospitalar?* Foram definidos como descritores: enfermagem psiquiátrica, saúde mental, consulta enfermagem e ambulatório. De referir que com o intuito de alargar a recolha de dados a questão de investigação e os descritores foram traduzidos para a língua inglesa. Assim, a questão foi *What is the importance of the nursing appointment in mental health and Psychiatry in continuity of care after postdischarge?*, com os descritores *psychiatric nursing, mental health, outpatient or postdischarge, nursing appointment*. Como critérios de inclusão incluem-se os trabalhos com texto integral, que estavam relacionados com o tema em pesquisa, na língua portuguesa, inglesa ou espanhola, realizados entre 2008 e 2018. Foram excluídos os trabalhos que não cumpriam com os critérios supracitados. A pesquisa, seleção e revisão dos artigos foi realizada de forma integral por um revisor. As pesquisas nas bases de dados foram realizadas entre 22 novembro e 20 dezembro de 2018. Considerando a pergunta supramencionada foi realizada a pesquisa nas bases de dados EBSCO, B-on e PubMed, de acordo com a estratégia de investigação PICO (Stillwell, Fineout-Overholt, Melnyk, & Williamson, 2010).

Os problemas clínicos que aparecem na prática clínica ou no ensino, à luz de uma prática baseada na evidência, devem ser decompostos e posteriormente organizados usando a estratégia PICO. PICO é um

acrónimo para Paciente, Intervenção, Comparação, “Outcomes” (resultados esperados ou desfecho). Desta forma, na prática baseada na evidência, estes quatro elementos são os mais relevantes da questão de pesquisa e na elaboração da pergunta para a pesquisa de evidências bibliográficas. Esta estratégia pode ser aplicada nas mais diversas áreas, seja na prática clínica, na gestão de recursos humanos, entre outras. A formulação apropriada da questão de pesquisa permite definir quais as evidências necessárias para responder ao problema, potencia a recolha de evidências nas bases de dados, realça o foco da pesquisa e evita a realização de buscas desnecessárias. (Santos, Pimenta, & Nobre, 2007)

As pesquisas na EBSCO e B-on, englobaram todas as bases de dados que estas agregam, através da fórmula de pesquisa: *AB psychiatric nursing AND AB (mental health) AND AB (outpatient or postdischarge) AND (nursing appointment)*. Ao realizar a pesquisa na base PubMed, a fórmula utilizada foi a ulterior: *(psychiatric nursing AND mental health AND outpatient or post discharge AND nursing appointment) AND (free full text[sb] AND full text[sb]) AND "last 10 years"[PDat] AND Humans [Mesh]*. Ao nível dos expansores e limitadores de resultados, foi realizada a pesquisa de modo a localizar todos os termos de pesquisa, a aplicar assuntos equivalentes e a pesquisar também nas palavras relacionadas, tendo sido apenas selecionado os artigos que disponibilizavam texto integral. Os artigos foram incluídos no espaço temporal entre 2008 e 2018. Após a pesquisa seguiu-se a seleção dos artigos de acordo com os critérios de inclusão para o referente estudo.

Os resultados obtidos, de acordo com a metodologia de pesquisa utilizada, depois de aplicados os limitadores, foram identificados na base de dados da Pubmed 9 artigos. Na base de dados B-on foram identificados 3 artigos e na base de dados EBSCO 6 artigos perfazendo um total de 18 artigos no somatório das 3 bases de dados consultadas. Excluindo os artigos que se encontravam duplicados, nas três bases de dados, restaram 8 artigos para análise. Seguidamente foi feita uma leitura e análise do título e do resumo dos referidos artigos, rejeitando todos aqueles que não iam de encontro ao tema estudado. Após esta etapa sobraram 7 artigos para análise integral do artigo. Na análise integral dos artigos, foram excluídos 2, uma vez que o seu conteúdo não se coadunava com a temática em estudo. Para analisar cada um dos artigos o investigador deve utilizar um instrumento que lhe permita sintetizar os artigos isoladamente e fazer a sua análise tanto num nível metodológico quanto em relação aos resultados das pesquisas (Botelho, Cunha, & Macedo, 2011).

Posteriormente a análise dos artigos conduziu à elaboração da matriz de síntese que se segue, apresentando de uma forma global a informação mais importante.

Nº	Referência	Data do trabalho	Metodologia do estudo	Tópicos do estudo
1	(Habit, Johnson, & Edlund, 2018)	2015	Comparativo	<ul style="list-style-type: none"> • Redução das taxas de reinternamento com as consultas em ambulatório; • Fatores de risco para o reinternamento.
2	(Roos, Bjerkeset, & Steinsbekk, 2018)	2018	Comparativo	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição dos custos com cuidados em saúde nos doentes com acompanhamento; • Diminuição do número médio de dias de reinternamento dos doentes que tinham acompanhamento;
3	(Clouse, Williams, & Harmon, 2015)	2015	Comparativo	<ul style="list-style-type: none"> • Efeitos negativos das faltas nas consultas de saúde mental e psiquiátrica; • Falta de compromisso dos pacientes com as consultas de saúde mental resultam em piores resultados; • Relembrar os pacientes da sua consulta em saúde mental aumenta a comparência.
4	(Grinshpoon, Lerner, Hornik, Zilber, & Ponizovsky, 2011)	2011	Observacional longitudinal	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidade de cuidados como principal tema na era pós desinstitucionalização do doente mental; • Elevada importância da continuidade de cuidados na prevenção do reinternamento do doente mental; • Diferenças significativas entre os doentes que tiveram continuidade de cuidados dos que não tiveram nas taxas de reinternamento; • O reinternamento está relacionado com a descontinuidade de cuidados, mas não com o diagnóstico da pessoa; • Não ter contato com serviços de saúde mental e/ou mais de quatro internamentos é um importante fator de risco para o reinternamento.
5	(James, et al., 2010)	2010	Observacional longitudinal	<ul style="list-style-type: none"> • Fatores de risco e determinantes no reinternamento de jovens com doença mental após o primeiro internamento hospitalar; • Risco muito elevado durante o primeiro mês e elevado nos primeiros três meses; • Cuidados de saúde mental pós alta reduziram significativamente o risco de reinternamento; • Quanto mais longo o período de hospitalização maior o risco de reinternamento após a alta.

Os estudos analisados demonstram várias perspetivas sobre a continuidade de cuidados após a alta hospitalar do doente mental.

São muitas as variáveis que podem contribuir para o risco de reinternamento do doente mental como por exemplo, a não adesão terapêutica e a falta de acompanhamento no pós alta (Habit, Johnson, & Edlund, 2018). De acordo com os mesmos autores a implementação de convocatórias por carta para as consultas, ao aumentarem a adesão à continuidade de cuidados, diminuíram as taxas de reinternamento.

Em 2018 num ensaio clínico randomizado com um grupo paralelo aberto, os investigadores concluíram que a necessidade de recorrer a serviços em saúde mental diminui se os pacientes após a alta hospitalar usufruírem de um apoio em comunidade residencial. O mesmo estudo aponta para uma redução efetiva do valor médio de dias de reinternamento nestes pacientes comparativamente aos que não usufruem deste serviço. Houve uma diminuição de admissões hospitalares, de internamentos e de readmissões no grupo de intervenção relativamente ao grupo de controlo (Roos, Bjerkeset, & Steinsbekk, 2018).

Num estudo conduzido por enfermeiras de saúde mental e psiquiátrica, estas descrevem os efeitos negativos das faltas nas consultas de saúde mental e psiquiátrica. Focam, que a falta de compromisso dos pacientes com as consultas de saúde mental, traduzem-se em maiores prejuízos para a sua saúde. Enfatizam a importância dos contactos feitos pelos enfermeiros para lembrar das consultas serem mais efetivos que as chamadas feitas por terceiros. O objetivo do trabalho era aumentar a taxa de adesão na primeira consulta sendo que para isso as investigadoras utilizavam dois contactos. O primeiro contato, duas semanas antes da consulta, servia como introdução, colheita de dados em falta no encaminhamento inicial, esclarecimento de dúvidas sobre o encaminhamento, e psicopedagogia sobre o papel do enfermeiro, definição de objetivos de tratamento e regras de funcionamento da consulta. O segundo contato feito na véspera da consulta visava lembrar o agendamento da consulta e para o paciente trazer a terapêutica e meios complementares de diagnóstico que possa ter realizado. Este método sugere ser efetivo no aumento da adesão dos pacientes à consulta relevando o papel do enfermeiro neste processo (Clouse, Williams, & Harmon, 2015).

Na era pós desinstitucionalização do doente mental tem se posto em evidência a importância da continuidade de cuidados como importante contributo na prevenção do reinternamento hospitalar. Um estudo realizado num país do médio oriente os investigadores inferiram que os doentes que tinham acompanhamento após a alta hospitalar, a percentagem dos doentes reinternados era cerca de metade comparativamente com os que não usufruíram deste acompanhamento. Concluíram também que não terem acompanhamento em cuidados de saúde mental e/ou ter uma história clínica de mais de quatro internamentos hospitalares era um importante fator de risco para a agudização da sua patologia com

necessidade a reinternamento. A análise de dados recolhidos sugere que o reinternamento está associado à descontinuidade de cuidados em saúde mental, mas não ao diagnóstico do doente. Doentes com o diagnóstico de esquizofrenia ou transtornos afetivos apresentaram um maior grau de adesão aos cuidados de saúde mental pós alta, o que pode explicar o facto de estes demorarem mais tempo até serem reinternados (Grinshpoon, Lerner, Hornik, Zilber, & Ponizovsky, 2011).

Em 2010 foram apresentados os resultados de um trabalho conduzido no sudoeste dos Estados Unidos da América. Através da sua investigação, os autores inferiram quais os principais fatores de risco e quais as determinantes para o reinternamento dos jovens com doença mental após a sua primeira hospitalização. Os autores descrevem que comparativamente jovens internados tinham recebido menos horas de cuidados pós hospitalar que os jovens não internados. Referem que uma percentagem maior de indivíduos que não receberam cuidados pós alta foram reinternados comparativamente com os que receberam. Os dados obtidos sugerem que os doentes estão em maior risco de internamento nos 30 dias subsequentes à alta do hospital, apresentando ainda um risco bastante elevado nos 90 dias posteriores ao internamento. Após estes 90 dias o risco começa a diminuir de forma notável. Os autores depreenderam também que, a continuidade de cuidados em saúde mental após a alta hospitalar, reduziram significativamente a probabilidade dos utentes necessitarem de ser reinternados. Verificaram que quanto mais longo o período de internamento maior a premência da continuidade de cuidados, uma vez que um período de internamento longo é também um importante fator de risco para o reinternamento (James, et al., 2010).

As evidências expõem diversas perspetivas da importância da continuidade de cuidados que o doente mental deve ser alvo após a alta hospitalar. Se por um lado uns identificam a falta de continuidade de cuidados como um fator de risco para o reinternamento, outros realçam a importância da continuidade de cuidados pela diminuição dos custos em saúde que esta proporciona, para além da diminuição do número médio de dias de internamento, fator de risco apontado por outros autores para o reinternamento.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA E DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

4.1 Competências Especializadas em Enfermagem.

4.1.1 Competências comuns do enfermeiro especialista

A importância e exigência técnico-científica atribuída aos cuidados de saúde nos nossos dias, é cada vez mais evidente e consequentemente a especialização e diferenciação, uma realidade transversal à maioria dos profissionais de saúde. O especialista em enfermagem é o profissional a quem se legitima competência humana, técnica e científica para por em prática cuidados especializados em enfermagem. Estas competências permitem que este profissional desenvolva atividades de educação dos clientes e dos pares, de orientação, liderança, descodificação, disseminação de conhecimento e ainda conduzir investigação relevante e pertinente na melhoria contínua da prática da enfermagem (Regulamento nº 140/2019).

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, determina que estas assentam em quatro domínios, sendo a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Dentro destes quatro domínios foram definidas 9 competências comuns que o enfermeiro especialista deve deter, independentemente do ramo em que desenvolveu a sua especialidade. Assim definem-se como as competências comuns as seguintes:

- ✓ Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- ✓ Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- ✓ Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- ✓ Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- ✓ Garante um ambiente terapêutico e seguro;

- ✓ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- ✓ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;
- ✓ Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- ✓ Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento nº 140/2019).

O exercício seguro, profissional e ético é a base de cuidados de enfermagem de qualidade. Todos os enfermeiros têm o dever de procura, em todo o ato profissional da excelência do exercício. O enfermeiro especialista ao ser detentor de habilidades de tomada de decisão assentes num elevado conhecimento ético-deontológico, terá ferramentas mais eficazes para a manutenção desta excelência. A avaliação metódica das melhores práticas, permite que o enfermeiro especialista no decurso da sua atuação, nos vários contextos, tenha por base algumas premissas consideradas fundamentais.

Durante as unidades curriculares de estágio foi possível trabalhar estas aptidões, pois a prática clínica permite que o enfermeiro especialista, na sua atuação avalie as situações de cuidados de enfermagem especializada, tenha em atenção as preferências do cliente, respeitando os direitos humanos e intervindo com objetivo de restabelecer a saúde da pessoa cuidada. Sabendo que a equidade no acesso aos cuidados de saúde, é importante para qualidade dos cuidados prestados à população, os estágios também permitiram a consolidação de habilidades na conceção e operacionalização de projetos de intervenção em serviço.

No caso, a conceção e operacionalização de uma consulta de enfermagem especializada, não só ira aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, como permite que a sua estruturação seja voltada para a melhoria contínua, pela monitorização das práticas, e em função dos resultados ponderar modificações ou implementação de outras, que a evidência científica demonstre maior efetividade. Durante a consulta o enfermeiro especialista terá também em atenção a gestão do ambiente em função da pessoa, beneficiando a adesão terapêutica e a gestão do risco, contribuintes para o bem-estar do cliente. Sendo responsável pela consulta pode fazer a gestão dos cuidados que presta, seja os diretos ou os indiretos e desta forma otimizar as respostas existentes, face a demanda de cuidados de saúde necessários. Igualmente, os enfermeiros especialistas, durante a sua atuação devem ter sempre presente que a sua intervenção e processo de tomada de decisão, será fundamentada e alicerçada em conhecimento científico válido e adequado ao contexto, facilitando os processos de aprendizagem dentro e fora das equipas multidisciplinares.

Desenvolver o ciclo de estudos, concomitante com exercício da profissão é um dos grandes desafios, mas ao mesmo tempo revela-se como mais uma oportunidade para o desenvolvimento de competências. Por exemplo, se enquanto estudante se torna difícil ter um papel ativo no desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais, enquanto enfermeiro, é exequível desenvolver esta competência. Da mesma forma, se enquanto estudante coexiste uma prática partilhada com os tutores, conducente ao desenvolvimento das competências especializadas, no exercício da profissão são os colegas, que reconhecendo as habilidades que se desenvolve neste percurso, pedem aconselhamento ou aceitam os juízos sobre situações complexas e que requerem uma capacidade, para integrar e mobilizar conhecimentos específicos, na fundamentação da atuação dentro da equipa de enfermagem.

4.1.2 Competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

O curso de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica está estruturado para que os mestrandos desenvolvam conhecimentos em várias áreas e especificamente na área de saúde mental e psiquiátrica. As unidades curriculares do tronco comum, foram mais de encontro ao desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista. Contudo, ao longo dos 3 semestres que compõe o curso, as unidades específicas da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica revelaram-se importantes no aprofundamento de conhecimentos necessários para a prática especializada.

A prática especializada depreende que o EEESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental e de que forma esta modifica o projeto de vida da pessoa. Identifica o potencial de recuperação e modo como este é modificado por fatores contextuais. Deste modo, o papel do EEESMP está direcionado para a promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e intervenção em que os processos de transição são geradores de repostas humanas desadequadas ou desajustadas e que conduzem a sofrimento ou doença mental. As competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicoeducacionais únicas do EEESMP, permitem-lhe deter um juízo clínico singular e por isso uma intervenção distinta das outras áreas de especialidade. A intervenção do EEESMP é mais específica, o que possibilita uma melhor compreensão e intervenção terapêutica na promoção da saúde, prevenção da doença, no tratamento e reabilitação psicossocial. O EEESMP com os conhecimentos que desenvolve ao longo da sua prática profissional, adquire capacidades terapêuticas que lhe permitem mobilizar-se

enquanto instrumento terapêutico na recuperação da pessoa com doença mental (Regulamento nº 515/2018).

Esta recuperação realiza-se através de relações de confiança com o cliente, estabelecendo parcerias e contratos terapêuticos, com o objetivo de aumentar o insight sobre as patologias, fomentar a capacidade de resolução de problemas, evitar a deterioração da situação e muitas vezes a consequente desinserção social do doente, aumentando as possibilidades de recuperação, aumento da qualidade de vida deste, assim como da família onde este se insere.

Também o EEESMP poderá em determinados momentos e em situações limite, ter de prestar cuidados que vão contra a vontade do doente, o que muitas vezes coloca na natureza da relação entre este e o EEESMP dilemas éticos complexos³. O EEESMP deverá estar ciente destas dilemáticas e ao mesmo tempo apoiar a sua prática, numa reflexão sistemática apoiada nas normas ético-deontológicas. Só assim se assegura que as intervenções visam o melhor interesse do doente, se salvaguardam os direitos humanos e se regem pelas melhores condutas ético-deontológicas. De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, são quatro as competências específicas que de seguida se enunciam:

- ✓ Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- ✓ Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- ✓ Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- ✓ Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Regulamento nº 515/2018).

³ “Um resumo dos Princípios de Siracusa

- A restrição é prevista e executada em conformidade com a lei.
- A restrição é no interesse do objetivo legítimo do interesse geral.
- A restrição é estritamente necessária em uma sociedade democrática para se alcançar o objetivo.
- A restrição é necessária para responder a uma necessidade de saúde pública.
- A restrição é proporcional ao alvo social, e não há meios menos invasivos e restritivos disponíveis para alcançar esse alvo social.
- A restrição não é arbitrariamente elaborada ou imposta (i.e., de uma maneira irracional ou de outro modo discriminatória).” (WHO, 2005, p. 21).

Para o desenvolvimento da primeira competência do EEESMP o autoconhecimento é uma das peças chave. Como vem sendo explanado o autoconhecimento consta também das competências do enfermeiro especialista. No caso do EEESMP reveste-se de especial importância, pois este, para se conseguir mobilizar como instrumento terapêutico necessita de deter um elevado conhecimento de si, primeiro enquanto pessoa e depois enquanto enfermeiro. Ao longo do curso de mestrado, mais especificamente nas UC relação de ajuda em enfermagem, relação de ajuda em saúde mental houve a oportunidade de desenvolver o autoconhecimento pelas estratégias implementadas, tanto no decorrer das aulas teóricas, como pelos instrumentos de avaliação utilizados. Ainda assim, as UC de estágio foram as que se revelaram mais profícuas no desenvolvimento desta competência.

No decurso dos estágios, invariavelmente a reflexão da prática diária estava presente, muitas vezes no momento, coadjuvado pelos tutores que desempenham um papel fulcral no desenvolvimento das aptidões práticas e à posteriori na introspeção sobre o dia de trabalho. Enquanto enfermeiros esta será umas das mais importantes tarefas, pois sem a devida análise e reflexão sobre as nossas práticas, não conseguiremos constatar de que forma somos influídos pelas vivências diárias e como estas moldam o nosso ser enquanto pessoa e enfermeiro.

A prática em enfermagem esta indubitavelmente ligada à relação enfermeiro/utente, onde estão presentes diferentes fatores internos e externos que influenciam diretamente e indiretamente o estar em relação. É importante diferenciar que nem toda a relação é relação terapêutica, tornando-se importante compreender a comunicação terapêutica, o aconselhamento em enfermagem e a relação de ajuda em saúde mental como veículo de cuidados ou cuidados em si e os fenómenos inconscientes que ocorrem durante a relação de ajuda em enfermagem. O EEESMP enquanto pessoa não pode alienar-se dos seus valores, sentimentos, emoções, fatores circunstanciais entre outros, contudo a consciência da sua preponderância no estar em relação, permite-lhe moldar a sua atuação minimizando o prejuízo que estes podem condicionar na relação terapêutica. Da mesma forma, existem processos de transferência e contratransferência que não podem ser exonerados da relação terapêutica, ainda assim o enfermeiro ao conhecer e ter consciência destes processos, adequa a sua prática visando a manutenção da relação de confiança existente durante os processos de intervenção terapêutica.

Os processos de transferência e contratransferência, os valores, as emoções, sentimentos e fatores externos à relação, são transversais a todos os cuidados de enfermagem e não só aos cuidados em saúde mental. Mais uma vez o repto do exercício da profissão simultâneo com a frequência do ciclo de estudos, permite um alargar de experiências na relação terapêutica e no estar em relação. Por si só não significa

que haja benefício no desenvolvimento da primeira competência, mas quando o enfermeiro especialista, mobiliza os conhecimentos adquiridos neste âmbito para a sua prática, invariavelmente o desenvolvimento da mesma progride.

As competências subsequentes surgem no âmbito da prática especializada ao longo do ciclo de vida. Para serem efetivamente colocadas ao serviço do exercício profissional é necessário o enfermeiro, ter subsídios teóricos que fundamentem a sua atuação e posteriormente transportá-los e integrá-los na prática clínica. Para o desenvolvimento destas competências houveram muitos contributos distintos.

Numa primeira fase as UC teóricas, disponibilizaram os construtos e subsídios de conhecimento que fundamentam a prática clínica. Fundamentando, podemos por exemplo, iniciar pelo enquadramento histórico da saúde mental onde foram transmitidos os contextos e realidades atuais e passados da saúde mental. Abordaram-se as múltiplas conceptualizações de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, possibilitando a discussão e avaliação das compreensões ontológicas e teóricas deste ramo de especialidade da enfermagem. Possibilitou aprofundar os conhecimentos sobre a complexidade das manifestações e etiologias da doença mental, fundamental para o diagnóstico e intervenção nos diferentes locais de exercício, no ciclo de vida da pessoa. Neste prisma, os conhecimentos adquiridos permitiram ter a perceção dos fundamentos neurológicos, biológicos, psicológicos e sociais da perturbação mental e a sua implicação nas respostas humanas.

Da mesma forma, o identificar das respostas humanas desadequadas ou desajustadas, permite um juízo clínico e a capacidade para conceber cuidados de enfermagem adequados aos focos alterados. Os subsídios teóricos para o desenvolvimento desta capacidade foram ainda mais aprofundados ao nível do raciocínio clínico em enfermagem, através da realização num plano teórico a avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica. Foram realizados recorrendo a linguagem classificada internacionalmente aceite, utilizando instrumentos de medida sensíveis aos cuidados de enfermagem, determinando e implementado as intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica aos vários casos abordados.

Durante os estágios foi possível colocar na prática clínica, conhecimentos adquiridos nas UC teóricas e ainda alicerçar a prática em saberes que houve necessidade de pesquisar, documentar e analisar. Durante as inúmeras consultas de enfermagem que decorreram ao longo do estágio, e do exercício em contexto de internamento de hospital de dia, é necessário realizar a avaliação diagnóstica, planeamento, prestação e avaliação de cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Neste

sentido e perante as avaliações diagnósticas é possível realizar bastantes atividades que se inserem na intervenção específica do EEESMP à pessoa/família/comunidade de âmbito psicoterapêutico, sócio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional em vários contextos e aos três níveis de prevenção.

Das muitas atividades desenvolvidas podemos referir que nas consultas de cuidados integrados na recuperação objetivamos sempre promover a saúde mental dos utentes que o frequentam com base numa metodologia de intervenção especializada. Um programa onde utilizamos estratégias motivacionais, métodos educacionais e técnicas cognitivo-comportamentais, funciona com o enfermeiro de referência a intervir como facilitador na adaptação à patologia que o acomete, seja pela identificação de sinais/sintomas, sinais de alarme, ensinamentos sobre medicação, mediação familiar entre outros. Auxiliamos os doentes a identificar estratégias de coping ineficazes e de que forma as mudanças comportamentais podem ser facilitadoras do estabelecimento de melhores estratégias, como também do aumento da funcionalidade individual no quotidiano.

Ao realizar a consulta de enfermagem pretendemos fazer uma avaliação global e mais pormenorizada do doente no período subsequente ao internamento na unidade de internamento de doentes agudos. Pretendemos nesta consulta avaliar o regresso do doente ao seu quotidiano após o internamento, e desta forma detetar dificuldades e/ou problemas que possam ter surgido. Ao realizarmos as consultas, temos a oportunidade de fazer uma avaliação global da pessoa, realizar o exame do estado mental e avaliar o nível de adaptação ao regime terapêutico. Direccionamos no sentido de avaliar a adaptação do utente no retorno ao seu quotidiano, no período após este ter tido alta do internamento de agudos e que precede a consulta médica. Permiteu que identificássemos necessidades em que colocamos em prática as nossas competências de especialista, no indivíduo ou grupo onde este se insere (p.e. família, redes de apoio, etc.), ajudando na adaptação a esta nova etapa. Quando essas necessidades se desviavam da nossa competência de intervenção, enveredamos os esforços necessários no encaminhamento das situações, para outros elementos da equipa multidisciplinar ou recursos da comunidade.

No programa sócio ocupacional os utentes estão distribuídos por grupos frequentando ateliers, como por exemplo jardinagem ou carpintaria, coordenados pelos respetivos monitores. Dedicamos o nosso tempo em atividades específicas do EEESMP. De salientar que a nossa intervenção neste programa é específica e refletida. Ao desenvolvermos várias atividades e interações com os utentes, tentamos ter uma intencionalidade terapêutica. Esta intencionalidade reflete-se desde o simples cumprimento social ao abordar o utente (desenvolvimento de competências sociais), às atividades mais complexas, como no desenvolvimento de sessões de psicoeducação, sessões de movimento (onde se incluem sessões de

relaxamento, ginástica, etc.), sessões de estimulação cognitiva e treino de competências. Também durante a prática profissional fazemos uma avaliação diária dos utentes em frequência, gestão do regime terapêutico, entrevistas em relação de ajuda ou outras intervenções para suprir necessidades de cuidados de enfermagem identificadas.

Na consulta de enfermagem de monitorização fazemos o acompanhamento dos doentes com prescrição de injetáveis de ação prolongada, em tratamento compulsivo e voluntário. Para além da administração do injetável, temos oportunidade de fazer uma avaliação global do doente, identificando por exemplo alterações mentais ou do comportamento que surgem entre as consultas e implementamos as intervenções necessárias à prevenção de agudizações da patologia que o acomete. Neste espaço houve atividades de psicoeducação em vários âmbitos, como por exemplo, na manutenção do padrão alimentar, importância da adesão terapêutica, importância do sono contínuo e reparador entre outros. Na nossa perspetiva, é uma consulta muito rica que permitiu a avaliação e intervenção num enorme leque de doentes e consequentemente de patologias. Isto permitiu-nos ter uma visão bastante abrangente de exemplos de psicopatologias e de respostas humanas associadas.

Pode-se então afirmar que os estágios são o culminar de um processo de consolidação de novas competências onde se vinca a ideia de que o crescimento e aprendizagem está longe de terminar, ainda assim, permanece a sensação de que as bases e as ferramentas necessárias para a continuação deste crescimento ficam impregnadas. Concluindo, se tivermos por base o modelo de 5 estágios de aquisição de competências e habilidades de Dreyfus, aplicado também no modelo de Patricia Benner⁴ à enfermagem, penso que o desenvolvimento proficiente dos estágios, permitiram passar do nível de principiante e consolidar-se no segundo nível de principiante avançado.

⁴ Principiante – Não tem antecedentes de experiência na situação envolvida, fornecidas regras sem contexto, dificuldade em distinguir o relevante do acessório nas situações.

Principiante avançado – Já lidou com situações reais suficientes e reconhece os componentes significativos da situação. Reconhece intuitivamente determinados elementos que não se conseguem definir em termos de características objetivas (elementos situacionais) (Tomey & Allygood, 2004).

4.2 Competências de mestre em enfermagem.

A palavra competência deriva do latim “competentia” e pode significar uma aptidão, ao designar a qualidade de quem consegue solucionar problemas complexos ou ainda desempenhar determinadas funções (Porto Editora, 2019).

Também o Decreto-Lei n.º 63/2016, que procede à alteração Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, no seu Art.º 15 define que o mestre deve demonstrar determinadas competências tais como:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (Decreto-Lei n.º 74/2006).

De acordo com a legislação estas são as competências gerais do detentor do grau de mestre nas várias áreas do conhecimento. Durante o percurso no curso de mestrado em enfermagem tornou-se imperativo o desenvolver de competências de mestre em enfermagem, onde a linha que separa esta das do enfermeiro especialista em enfermagem é muito ténue.

Neste caminho que agora se encontra perto da meta, a reflexão foi uma das melhores ferramentas, na assunção dos conhecimentos que detemos enquanto enfermeiros com experiência e na interligação destes com os conhecimentos que foram sendo apreendidos, importantes contribuintes na aquisição das competências. No decorrer do curso foi possível aprofundar os conhecimentos possuídos, alguns com

uma base empírica ou circunstancial, fornecendo a base de sustentação teórica que permitem aos enfermeiros, justificar a sua prática com base em evidências científicas.

Durante o percurso académico, para ir de encontro aos objetivos de aprendizagem, desenvolvemos capacidades de investigação, por meio dos trabalhos solicitados e ainda no decurso dos estágios preconizados para o ciclo de estudos. As capacidades de investigação ficaram patentes em vários campos, nomeadamente na elaboração de revisões sistemáticas de literatura, revisão integrativa de literatura, pesquisa informal para resolvermos problemáticas do quotidiano da prática clínica, no projeto de intervenção em serviço, entre outros. Outras das atividades desenvolvidas que demonstram a aquisição desta competência, passou pela elaboração de um artigo científico e respetiva submissão, a um periódico científico a fim de ser publicado.

Ao longo da sua prática clínica os enfermeiros sentem a necessidade de integrar conhecimentos de vários âmbitos, para responder a situações complexas e que exigem uma reflexão sobre as implicações ético deontológicas que essas respostas podem acarretar. Por exemplo, numa sessão de psicoeducação temos a necessidade de mobilizar conhecimentos de várias áreas, adequar a forma como estes são comunicados, quais as melhores práticas para implementação de medidas específicas para solucionar o problema e ao mesmo tempo, ter em atenção os princípios éticos que estão inclusos nesta atuação.

Na nossa prática deveremos ser capazes de fundamentar a atuação, nas várias vertentes, por meio de uma linguagem técnico-científica, dentro da equipa multidisciplinar, ao utente/família, ao mesmo tempo que fazemos uma adequação desta linguagem perante o nosso recetor. Conseguimos fazer isto com alguma facilidade, por via da experiência, pois durante a nossa prática se num momento estamos a transmitir informação aos outros elementos da equipa multidisciplinar com uma linguagem técnico-científica, no momento seguinte estamos a prestar cuidados ao utente, adequando a linguagem ao seu nível de compreensão. Ao conseguir fazer esta avaliação e adequação da linguagem nos diferentes contextos de atuação permitem que sejamos percebidos corretamente de forma clara e sem ambiguidades.

Uma das formas de fortalecer o conhecimento que permitem uma atuação fundamentada, em diferentes contextos e de complexidade diversa, passa pela construção do mesmo de forma autónoma e contínua ao longo da vida. A frequência do ciclo de estudos de mestrado não confere todo o conhecimento, mas permite que fiquemos com as ferramentas necessárias, para que perante um determinado quesito, encontre as soluções para o seu problema. Deste modo, o mestre em enfermagem

é capaz de ao lhe ser colocada uma dilemática, para a qual este não possui suficiente fundamentação, ir em busca das fontes de conhecimento e evidencia científica que lhe permitem dar resposta a referida dilemática.

Estas capacidades permitem ao mestre em enfermagem conceber, prestar, gerir e supervisionar cuidados de enfermagem, ao mesmo que integra os dados resultantes destas práticas num projeto, conducentes à contribuição, desenvolvimento e disseminação da investigação em enfermagem. O aprofundar dos conhecimentos são facilitadores da identificação de défices ou lacunas no conhecimento dos pares, e ainda possibilitam a proatividade na formação através do planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e dos colaboradores.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório pretende refletir o percurso desenvolvido ao longo dos estágios e descreve o desenvolvimento pessoal, profissional e académico que consideramos ter atingido com a sua concretização.

A saúde mental e a doença mental passaram por muitas modificações ao longo dos tempos, tanto a nível da sua conceptualização, como da forma como era vista pelas sociedades. As definições ainda hoje não são lineares e dependem de vários fatores, como por exemplo geográficos e culturais. Poderá dizer-se que é comumente aceite que a doença mental envolve alterações dos pensamentos, comportamentos e dos sentimentos e que prejudicam o funcionamento da pessoa.

A doença mental foi tendo várias mudanças de perspetiva em que esta deixou de ser atribuída a fenómenos sobrenaturais e passou a ser abordada sobre o ponto de vista biomédico. O surgimento dos psicofármacos que revolucionaram o tratamento das patologias mentais. O processo de desinstitucionalização e forma como este ainda influencia a visão atual do doente mental. A evolução dos processos legislativos e sua complementaridade às políticas, planos e programas de saúde mental. O percurso decorrido até ao contexto atual que se vive na e para a saúde mental.

A perturbação mental é um problema bem real das sociedades atuais, com elevados índices de incidência e prevalência. Como refere a WHO (2019), cerca de 27% da população europeia padece ou padeceu no último ano de um problema de saúde mental, e só em 2012, ocorreram quase 1 milhão de suicídios em que 90% podem ser atribuíveis a uma doença mental. A perturbação mental é assim a principal causa de incapacidade, uma das principais causas de morbilidade e de morte prematura. Portugal vive também esta realidade com elevada incidência de problemas de saúde mental, com cerca de ¼ da população a padecer de uma perturbação mental, sendo que é uma das mais altas da Europa. É um facto transversal a todo o país com algum destaque na zona do Alentejo, onde os recursos são menores.

No enquadramento teórico é também feita alusão às medidas que contribuem para melhoria dos cuidados prestados em saúde mental, como por exemplo a continuidade de cuidados. Desta forma, foi investigado o contributo da consulta de enfermagem especializada de saúde mental e psiquiátrica na

continuidade de cuidados e consequentemente a intervenção dos EEESMP que operam a referida consulta.

Para sustentar esta atividade os enfermeiros, devem desenvolver a sua prática com base na evidência científica, necessitam de construtos teóricos que auxiliem nos processos de compreensão dos fenómenos e na intervenção especializada. Na compreensão dos fenómenos que decorrem no objeto de intervenção do enfermeiro pensamos que a Teoria das Transições é explicativa dos processos que ocorrem durante as mudanças ao longo ciclo de vida, e nas alterações do estado do cliente alvo dos nossos cuidados. Para auxiliar na compreensão dos moldes em que ocorre a interação escolhemos um modelo teórico de relação de ajuda profissional.

É referido a importância da enfermagem especializada na promoção da saúde mental, prevenção da doença mental e na recuperação e de que forma podemos conceber uma consulta que vá de encontro a estes objetivos. Nesse sentido foi esquematizada a consulta de enfermagem especializada, com os componentes principais onde se realça a importância da utilização de uma base científica para dar visibilidade à enfermagem enquanto ciência e profissão.

Com uma base metodológica, a investigação levou à realização de uma revisão integrativa da literatura, onde se pôs em evidência a importância dos enfermeiros na continuidade de cuidados com alguns estudos a identificarem os enfermeiros como peças chave na qualidade e equidade nos cuidados em saúde mental.

As limitações do estudo relacionam-se com a evidência científica sobre o tema em estudo. Por exemplo, em dois dos estudos não é claro se as amostras são representativas da população e não foi encontrado nenhum estudo, aplicado na população portuguesa, o que nos leva a questionar se os resultados serão semelhantes. Outra limitação do estudo está relacionada com a necessidade de um elevado intervalo temporal para implementar uma consulta de enfermagem especializada e daí retirar conclusões sobre as implicações da existência de uma consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica.

A intenção futura passará pela implementação da consulta de enfermagem e paralelamente conduzir um projeto de investigação, que venha reforçar a importância fulcral da intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na continuidade de cuidados e na promoção

da saúde mental, prevenção da doença mental e reabilitação psicossocial da pessoa com perturbação mental.

Pensamos que os objetivos do trabalho foram alcançados, refletindo-se nas aprendizagens daí decorrentes, nomeadamente ao nível da operacionalização de projetos, desenvolvimento de trabalhos com rigor metodológico, de investigação e interesse, tanto para prática clínica como para o desenvolvimento profissional. As dificuldades sentidas pelas nossas limitações, causadas por inúmeros fatores foram superadas pela resiliência, empenho e dedicação que foi necessário envidar para culminar na conclusão do relatório.

6. BIBLIOGRAFIA

Alvim, A. L. (2014). O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas. *Enfermagem em Foco - COFEN*.

Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures: Lusociência.

APA. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Assembleia Nacional. (3 de Abril de 1963). Lei n.º 2118. *Diário do Governo*. Lisboa.

Bento, A., Carreira, M., & Heitor, M. J. (2001). *Censo Psiquiátrico 2001. Síntese dos Resultados Preliminares*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Bernardino, E., Segui, M. L., Lemos, M. B., & Peres, A. M. (2010). Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 459-463.

Botelho, L. L., Cunha, C. C., & Macedo, M. (2011). O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. *Gestão e Sociedade V. 5, N. 11*, pp. 121-136.

Bulechek, G. M., Butcher, H., & Dochterman, J. (2016). *NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Carvalho, Á. d., Xavier, M., & Domingos, P. (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL 2017*. Lisboa: DGS.

Carvalho, Á., Trindade, A., Preto, A., Silveira, É. d., Bouça, J., Cruz, M., . . . Mateus, P. (2015). *Rede de Referenciação Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: ACSS, IP.

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). Loures: Lusodidata, Lda.

Clouse, K. M., Williams, K. A., & Harmon, J. M. (2015). Improving the No-Show Rate of New Patients in Outpatient Psychiatric Practice: An Advance Practice Nurse-Initiated Telephone Engagement Protocol Quality Improvement Project. *Perspectives in Psychiatric Care*.

Comissão das Comunidades Europeias. (2005). *Livro Verde Melhorar a saúde mental da população Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: Comissão Europeia.

Decreto-Lei n.º 122/97 de 20 Março. *Diário da República n.º 116/1997, Série I-A*. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 127/92, de 3 de Julho. e Port. n.º 750/92 de 1/8, *Diário da República 1ª Série - A n.º 151/1992*, 3168 - 3170. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro. *Diário da República n.º 30/1999, Série I-A de 1999-02-05*. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 74/2006 . *Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24*. Lisboa.

DGS. (2014, Dezembro). Saúde Mental em números – 2014. *Direção Geral da Saúde*.

DGS. (2017). *Programa Nacional Para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

ERS. (2015). *Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental*. Entidade Reguladora da Saúde. Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde.

Fernández, R. V., Moreno, V. A., Perejón, F. I., & Martín, G. (2007). Enfermeras Hospitalarias de Enlace (Gestoras de Casos). *Enfermería Global Nº 10*.

Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Grinshpoon, A., Lerner, Y., Hornik, L. T., Zilber, N., & Ponizovsky, A. M. (2011). Post-discharge Contact with Mental Health Clinics and Psychiatric Readmission: A 6-month Follow-up Study. *The Israel journal of psychiatry and related sciences - Vol. 48*.

Guimarães, M. S., & Silva, L. R. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. *Journal de Dados*.

Habit, N., Johnson, E., & Edlund, B. (2018). Appointment Reminders to Decrease 30Day Readmission Rates to Inpatient Psychiatric Hospitals. *Professional Case Management*.

ICN, International Council of Nurses. (2016). *CIPE Classificação internacional para a Prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

INE. (2019). *Causas de Morte 2017*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

James, S., Charlemagne, S. J., Gilman, A. B., Alemi, Q., Smith, R. L., Tharayil, P. R., & Freeman, K. (2010). Post-Discharge Services and Psychiatric Rehospitalization Among Children and Youth. *Administracion Policy Mental Health* 37(5), pp. 433-445.

Lei n.º 36/98 de 24 de Julho. (1998). *Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24*.

Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (2010). *Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission in: A. I. Meleis. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. . New York: Springer Publishing Company.

Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, pp. 758-764.

Ministério da Saúde. (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. *Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Murphy, E., Kapur, N., Webb, R., & Cooper, J. (2011). Risk assessment following self-harm: comparison of mental health nurses and psychiatrists. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 127-139.

Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência.

Nelson, E. A., Maruish, M. E., & Axler, J. L. (2000). Effects of Discharge Planning and Compliance With Outpatient Appointments on Readmission Rates. *Psychiatric Services Resource Center, American Psychiatric Association* V. 51 N. 7, pp. 885-889.

Nunes, L. R. (2017). *Historia dos cuidados de enfermagem de saude mental e psiquiátrica. Apresentação das aulas de enfermagem de saude mental e psiquiátrica*. Setubal, Portugal.

Nunes, L., & Inês, R. (2017). *PRESaMe - Projeto Respostas em Saúde Mental. Relatório do Alentejo Litoral*. Setúbal: Departamento Enfermagem. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Setúbal. .

OE. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE. (2007). Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico - funcionais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE. (2014). Registo de penso e evolução da ferida. *PARECER CJ 196/2014*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE. (2018). Padrão De Documentação em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Patel, V. (2012). Global Mental Health: From Science to Action. *Harv Rev Psychiatry Volume 20, Number 1*, pp. 6-11.

Pena, R. (2011). Metodologia de Planeamento de Projetos por Objetivos.

Pereira, A. R., & Tavares, A. P. (2007). *A Lei de Saúde Mental e Estratégias para a promoção da Saúde Mental*. Lisboa: RCAAP - repositório UL.

Pereira, S. (2005). A Importância dos Registos de Enfermagem. *Sinais Vitais*, pp. 58-61.

Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (2013). *Middle Range Theories : application to nursing research* (3 rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Porto Editora. (2019). *Infopédia Dicionários Porto Editora: dicionarios/lingua-portuguesa/competência*. Obtido em 19:50 de 22 de Janeiro de 2019, de Dicionário infopédia da Língua Portuguesa: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/competência>

Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019*. Lisboa.

Regulamento nº 515/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018. Lisboa.

Roos, E., Bjerkeset, O., & Steinsbekk, A. (2018). Health care utilization and cost after discharge from a mental health hospital; an RCT comparing community residential aftercare and treatment as usual. *BMC Psychiatry*, p. 363.

Santo, F. H., & Porto, I. S. (2006). De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem*, pp. 539-546.

Santos, C. M., Pimenta, C. A., & Nobre, M. R. (2007). A Estratégia PICO para a Construção da Pergunta de Pesquisa e Busca de Evidências. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, pp. 15-18.

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, pp. 153-171.

Sousa, L. M., Vieira, C. M., Severino, S. S., & Antunes, A. V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*.

Stillwell, S., Fineout-Overholt, E., Melnyk, B., & Williamson, K. (2010). Searching for the Evidence: Strategies to help you conduct a successful search. *American Journal of Nursing*, v.110, n.1, pp. 51-53.

Tomey, A., & Allygood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociência.

ULSLA, EPE. (2018, Maio 7). *Início/Noticias: Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano: Projeto “Gestão de Caso” - um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde*. Obtido em 16 de fevereiro de 2019, de Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE: <http://www.ulsla.min-saude.pt/noticias/programa-de-gestao-de-caso-para-doentes-cronicos-com-multimorbilidade-ganha-premio-saude-sustentavel/>

WHO. (2001). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: World Health Organisation.

WHO. (2005). *Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação*. Genebra: World Health Organization.

WHO. (2014). Preventing suicide: a global imperative. *World Health Organization*, pp. 16-22.

WHO. (2019). *World Health Organisation, Health topics -Noncommunicable diseases - Mental health - Data and resources*. Obtido de World Health Organisation regional office for Europe: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources>

Wong, M. M., & Yiu, M. G. (2014). Consultation-liaison Service in a Regional Hospital in Hong Kong . *East Asian Archives of Psychiatry*, pp. 51-57.

Xavier, M., Batista, H., Mendes, J., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal. *International Journal of Mental Health Systems* , pp. 1-10.

Xavier, M., Carvalho, Á. A., & Mateus, P. (2014). *Saúde Mental em Números* . Lisboa: DGS.

APÊNDICES

Apêndice I

Transição do doente mental do hospital para comunidade: Importância da consulta de enfermagem em saúde mental na continuidade de cuidados

Transição do doente mental do hospital para comunidade: Importância da consulta de enfermagem em saúde mental na continuidade de cuidados

Transition from hospital to community of mental patient: importance of the nursing appointment on mental health in continuity of care

Saul Matos¹ Lino Ramos²

¹Estudante do 2º Mestrado em Associação na Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica; Contacto via email: Saul.Mendes@ulsla.min-saude.pt;

²ProfessorAdjunto na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, lino.ramos@ess.ips.pt;

Título: Transição do doente mental do hospital para comunidade: Importância da consulta de enfermagem em saúde mental na continuidade de cuidados

Resumo: As perturbações mentais tiveram ao longo de vários séculos alterações significativas na forma como as pessoas eram cuidadas. Por volta dos anos 50 do século passado começam a surgir os psicofármacos, revolucionando a saúde mental pela modificação de comportamentos e por permitir utilização mais eficaz das psicoterapias, conduzindo ao processo de desinstitucionalização do doente mental. Este processo nem sempre foi linear, mas esteve sempre associado a uma premissa importante que é a continuidade de cuidados. A perturbação mental continua a ser uma das principais causas de incapacidade da atualidade e nesse sentido, a continuidade de cuidados para estes doentes mantém especial relevância. Objetivando identificar a importância da consulta de enfermagem em saúde mental na continuidade de cuidados, foi conduzida uma revisão integrativa de literatura. Como metodologia foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados EBSCO, PubMed e B-on. Daí resultou 5 artigos para análise, identificando a relevância da continuidade de cuidados após a alta hospitalar do doente mental. Concluiu-se que a continuidade de cuidados é de extrema importância, prevenindo o risco de reinternamento, reduzindo os custos em cuidados de saúde. O enfermeiro especialista em saúde mental contribui para a continuidade de cuidados e tem um papel fundamental na reabilitação psicossocial e recuperação funcional do doente com perturbação mental.

Palavras-Chave: enfermagem psiquiátrica, saúde mental, consulta enfermagem e ambulatório

Título: Transición del enfermo mental del hospital a la comunidad: Importancia de la consulta de enfermería en salud mental en la continuidad de cuidados.

Resumen: Los trastornos mentales tuvieron cambios significativos a lo largo de varios siglos en la forma en que la gente era cuidada. En torno a los años 50 del siglo pasado empiezan a surgir los psicofármacos, revolucionando la salud mental por la modificación de comportamientos y permitiendo el uso más eficaz de las psicoterapias, conduciendo al proceso de desinstitucionalización del enfermo mental. Este proceso no siempre fue lineal, pero estuvo siempre asociado a una premisa importante que es la continuidad de cuidados. La perturbación mental sigue siendo una de las principales causas de incapacidad de la actualidad y en ese sentido la continuidad de cuidados para estos pacientes tiene especial relevancia. Objetivando identificar la importancia de la consulta de enfermería en salud mental en la continuidad de

cuidados, fue conducida una revisión integrativa de literatura. Como metodología se llevó a cabo una investigación bibliográfica en las bases de datos EBSCO, PubMed y B-on. Como resultados se analizaron 5 artículos, identificando la relevancia de la continuidad de cuidados después del alta hospitalaria del enfermo mental. Se concluyó que la continuidad de cuidados es de extrema importancia, previniendo el riesgo de re-internación, reduciendo los costos en atención de salud. El enfermero especialista en salud mental contribuye a la continuidad de cuidados y desempeña un papel fundamental en la rehabilitación psicosocial y la recuperación funcional del paciente con trastorno mental.

Descritores: enfermería psiquiátrica, salud mental, consulta enfermería y ambulatorio

Title: Transition from hospital to community of mental patient: importance of the nursing appointment on mental health in continuity of care.

Abstract: Mental disorders have had significant changes over the centuries in the way people were cared for. By the 1950s, psychopharmaceuticals began to emerge, revolutionizing mental health by modifying behaviors and allowing more effective use of psychotherapies, leading to the process of deinstitutionalization of the mentally ill. This process was not always linear but was always associated with an important premise that is the continuity of care. Mental disorder continues to be one of the main causes of disability today and in that sense the continuity of care for these patients maintains special relevance. Aiming to identify the importance of the nursing appointment in mental health in the continuity of care, an integrative literature review was conducted. As a methodology, a bibliographic search was conducted in the databases EBSCO, PubMed and B-on. As results, 5 articles were analyzed, identifying the relevance of continuity of care after hospital discharge of the mentally ill. It was concluded that continuity of care is extremely important, preventing the risk of re-hospitalization, reducing costs in health care. The mental health nurse contributes to the continuity of care and plays a key role in the psychosocial rehabilitation and functional recovery of the mentally disorder patient.

Keywords: psychiatric nursing, mental health, nursing consultation, outpatient or ambulatory care.

Apêndice II

Check-list para submissão à Revista Portuguesa de Enfermagem Saúde Mental

REVISTA PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

CHECKLIST

PARA AGILIZAR A ANÁLISE E A PUBLICAÇÃO DOS ARTIGOS NA RPESM OS AUTORES SÃO CONVIDADOS A

PREENCHER ESTE FORMULÁRIO.

GERAL

- ☐ É UM TRABALHO DE PESQUISA ORIGINAL E NÃO FOI SUBMETIDO NOUTROS PERIÓDICOS
- ☐ É UM TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL
- ☐ ENVIADO O ARTIGO INTEGRAL
- ☐ ENVIADA A CHECKLIST DE VERIFICAÇÃO
- ☐ ENVIADA INDICAÇÃO DE SALVAGUARDA DOS PRINCÍPIOS ÉTICOS DA INVESTIGAÇÃO E PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA (SE APLICÁVEL)
- ☐ ENVIADA DECLARAÇÃO DE CEDÊNCIA DE DIREITOS DE AUTOR
- ☐ ESTÁ REDIGIDO SEGUNDO O NOVO ACORDO ORTOGRÁFICO (EXCETO SE FORMALIZADA POSIÇÃO EM CONTRÁRIO)
- ☐ TEM O MÁXIMO DE 15 PÁGINAS, DESDE O TÍTULO ATÉ ÀS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (INCLUSIVE)
- ☐ OUTRO

TÍTULO

- ☐ O TÍTULO É CONCISO, CLARO E CONTÉM OS PONTOS-CHAVE DO TRABALHO
- ☐ ESTÁ REDIGIDO EM PORTUGUÊS, ESPANHOL E INGLÊS

AUTORES

☐ REFERE O PRIMEIRO E O ÚLTIMO NOME, GRAU(S) ACADÉMICO(S), CATEGORIA PROFISSIONAL E AFILIAÇÕES INSTITUCIONAIS DE TODOS OS AUTORES

☐ REFERE OS NÚMEROS DE TELEFONE, MORADAS E ENDEREÇOS DE E-MAIL INSTITUCIONAIS DOS AUTORES

RESUMO

☐ ESTÁ APRESENTADO EM PORTUGUÊS, ESPANHOL E INGLÊS

☐ NÃO ULTRAPASSA AS 250 PALAVRAS

☐ INCLUI CINCO SECÇÕES: CONTEXTO, OBJETIVO(S), METODOLOGIA, RESULTADOS E CONCLUSÕES

PALAVRAS-CHAVE

☐ REFERE, NO MÁXIMO, 4 PALAVRAS-CHAVE

☐ PALAVRAS-CHAVE TRANSCRITAS SEGUNDO OS DESCRITORES MESH

☐ PALAVRAS-CHAVE EM PORTUGUÊS, ESPANHOL E INGLÊS

TEXTO

☐ APRESENTA UMA ESTRUTURA CIENTÍFICA COM TODAS AS SECÇÕES, CONFORME ESTÁ DESCRITO NAS NORMAS DE PUBLICAÇÃO

☐ TEM ESPAÇAMENTO 1,5 EM TODAS AS PÁGINAS

☐ ESTÁ ESCRITO EM LETRA ARIAL, TAMANHO 11

☐ ESTÁ ESCRITO COM MARGENS DE 2,5CM.

☐ PÁGINA EM FORMATO A4, EM COLUNA ÚNICA

☐ SEM NOTAS DE RODAPÉ

☐ SEM NEGRITOS, SUBLINHADOS, NEM VARIAÇÃO DO TIPO DE LETRA, FUNDOS DE COR, ETC.

TABELAS, QUADROS, FIGURAS E GRÁFICOS

☐ SÃO COLOCADOS APENAS OS ABSOLUTAMENTE NECESSÁRIOS PARA A COMPREENSÃO DO TRABALHO

- ☐ ESTÃO NUMERADOS POR ORDEM DE INCLUSÃO NO TEXTO, EM FUNÇÃO DE CADA TIPO
- ☐ TABELAS E QUADROS APRESENTAM O TÍTULO EM CABEÇALHO E OS GRÁFICOS E FIGURAS APRESENTAM O TÍTULO POR BAIXO
- ☐ UTILIZA AS TABELAS DE ACORDO COM AS NORMAS DA APA (6A ED.)
- ☐ APRESENTAÇÃO CLARA DOS DADOS E RESULTADOS, BEM COMO DO FORMATO DOS SÍMBOLOS DA LINGUAGEM ESTATÍSTICA

CITAÇÕES

- ☐ TODOS OS AUTORES CITADOS CONSTAM DA LISTA DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
- ☐ AS CITAÇÕES CUMPREM AS NORMAS DE CITAÇÃO LITERAL E PARÁFRASE
- ☐ O SÍMBOLO “&” APENAS FOI UTILIZADO AO CITAR AUTORES DE PAÍSES EM QUE O PORTUGUÊS NÃO É UMA LÍNGUA OFICIAL

REFERÊNCIAS

- ☐ ELABORADAS DE ACORDO COM O FORMATO APA (6A ED.), DE ACORDO COM OS EXEMPLOS, E ESTÃO ORDENADAS POR ORDEM ALFABÉTICA DE APELIDO DO AUTOR
- ☐ TODAS AS REFERÊNCIAS ESTÃO CITADAS AO LONGO DO TEXTO
- ☐ MÁXIMO DE 20 REFERÊNCIAS, QUE COLOCAM EM EVIDÊNCIA O ESTADO DA ARTE DA PROBLEMÁTICA

Apêndice III

Exemplo Planeamento de Atividade Terapêutica - Relaxamento

PLANO DE ATIVIDADE TERAPÊUTICA

TEMA da ATIVIDADE	Sessão de relaxamento
DURAÇÃO	60 minutos
PÚBLICO-ALVO	Grupo utentes da USO do DSMP
LOCAL-DATA-HORA	Hospital dia do DSMP 29 Outubro de 2018 12h
FORMADORES	Enf. Simão José; Saúl Matos

Contextualização

O conceito de Bem-Estar pode ser considerado um conceito complexo que integra simultaneamente uma dimensão afetiva e uma dimensão cognitiva. (Galinha & Ribeiro, 2005)

As técnicas de relaxamento conduzem a melhorias ao nível físico e psicológico e consequentemente ao aumento do bem-estar. Possibilitam que a pessoa desenvolva capacidades e encontre recursos para lidar com sintomas físicos mais eficazmente.

A respiração diafragmática previa ao exercício de relaxamento muscular progressivo pode potenciar o seu efeito. Ao aumentar a receção de oxigénio, a respiração diafragmática pode apresentar variados benefícios ao nível físico e psíquico; nomeadamente, estimula a resposta de relaxamento, permitindo descer o nível de ansiedade. (Dias, 2012)

Quanto ao relaxamento muscular progressivo “ao trabalhar como Médico Fisiologista, na década de trinta, Jakobson investigou a reacção de susto que se segue a um ruído alto e repentino. Reparou que quando as pessoas são ensinadas a relaxar os músculos, não se assustam”. (Payne, 2003.)

Esta sessão insere-se num plano mensal de atividades desenvolvidas com os doentes em frequência do programa USO e objetiva uma melhoria do equilíbrio do estado de saúde/doença e a capacitação dos utentes para o alcance do seu bem-estar. Contra-Indicações / Riscos: A prática do relaxamento não é recomendada a pessoas que sofram de alucinações, delírios ou outros sintomas psicóticos que possam levar a sensações extra-corporais, pode, no entanto, ser utilizado na fase inactiva da doença. Como neste tipo de relaxamento se recorre a imagens mentais está particularmente desaconselhado a quem tem dificuldade em distinguir a realidade da fantasia. Deverá se ter em atenção outros problemas físicos como problemas cardíacos, ou outras limitações conhecidas.

OBJETIVOS	
GERAIS	ESPECIFICOS
1. Promover Bem-Estar;	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diminuir os níveis de stress e ansiedade; 2. Ensinar sobre técnica de relaxamento e respiração diafragmática; 3. Capacitar a pessoa para controlar tensão emocional no seu dia-a-dia; 4. Melhorar o bem-estar subjetivo por diminuição da tensão.

FASES	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS/TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	AVALIAÇÃO	TEMPO (MIN)
INTRODUÇÃO	Apresentação dos formadores	Expositivo	-	-	5
DESENVOLVIMENTO	Apresentação dos objetivos e da atividade terapêutica Avaliar nível subjetivo de relaxamento.	Expositivo/Demonstrativo	-	-	5
	Atividade terapêutica	1. Distribuir os colchões pelo espaço; 2. Colocar a música ambiente; 3. Pedir que os formandos se deitem; 4. Induzir o relaxamento através de técnica de respiração diafragmática; 5. Executar a técnica de relaxamento muscular progressivo;	Colchões; Cadeiras; Música ambiente; Espaço calmo, baixa luminosidade e isento de interrupções previsíveis.	-	40
CONCLUSÃO	Conclusão da Sessão	1. Receber feedback sobre a atividade;	-	Observação Partilha de como foi a experiência, dificuldades e sugestões; Comparar o nível de relaxamento antes e depois da sessão;	10

Dias, C. (2012). Aprender a Relaxar. Lisboa, Portugal: Gabinete de Apoio Psicopedagógico FCUL.

Galinha, L., & Ribeiro, J. P. (2005). PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS. História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo, pp. 203-214.

Payne, A. (2003). Técnicas de relaxamento: Um guia Prático para Profissionais de Saúde. Loures: Lusociência.

Apêndice IV

Exemplo Planeamento de Atividade Terapêutica - Autoconhecimento

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização Saúde Mental e Psiquiátrica

1º ano | 2º semestre

Departamento de Enfermagem

Unidade Curricular: Estágio I – Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

Serviço de Internamento em Psiquiatria de Agudos

PLANEAMENTO DE ATIVIDADE TERAPÊUTICA



Autoconhecimento – Quem sou eu, quem quero ser e como me vêm os outros?

Docente:

Professor Lino Ramos

Orientadores:

Enf. Aníbal Machado

Enf.ª Marisa Soares

Discentes:

Diana Cunha nr:170531139

Saúl Matos nr:170531140

ÍNDICE

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
2. PLANEAMENTO DE ATIVIDADE TERAPÊUTICA.....	6
2.1. DIAGNÓSTICO/AVALIAÇÃO INICIAL	6
2.2. POPULAÇÃO ENVOLVIDA NA AÇÃO	7
2.3. OBJETIVOS DA SESSÃO	7
2.3.1. Objetivo geral.....	7
2.3.2. Objetivos específicos	7
2.4. METODOLOGIA.....	8
2.5. RECURSOS NECESSÁRIOS.....	10
2.5.1. Tempo	10
2.5.2. Recursos Materiais	11
2.5.3. Recursos Humanos	11
2.6. AVALIAÇÃO ATIVIDADE	11
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12
ANEXOS.....	13
Anexo I – Planeamento da 1ª Sessão	14
Anexo II – Planeamento da 2ª sessão.....	17
Anexo III – Planeamento da 3ª sessão.....	20
Anexo IV – Questionário de Avaliação Global da 1ª Sessão.....	23
Anexo V – Questionário de Avaliação Global da 2ª Sessão.....	3

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A procura de um equilíbrio biopsicossocial enriquece a estrutura intrapessoal o que possibilita uma interação interpessoal mais favorável. O autoconhecimento e as experiências de observação do outro servem este propósito. (Melo, s/data)

O autoconhecimento é a primeira das competências a desenvolver e treinar para atingir objetivos: sem saber quem somos e como somos, não é fácil viver e crescer num mundo onde nem tudo é fácil e há muitos obstáculos a ultrapassar para ter sucesso.

As convenções convencionais sobre autoconhecimento estão ligadas à noção de introspeção em que o indivíduo constrói o seu autoconhecimento através da observação do seu “cenário” interno mental (pensamentos, ideias, percepções e sensações que o compõem). (Baum, 1999 cit. Silva, 2007).

Para a ciência do comportamento, o “eu” é um organismo que os indivíduos adquiriram ao longo da sua existência em contato com o ambiente. A palavra consciência vem do latim *comscience* e significa conhecimento com os outros. Neste sentido, sendo autoconhecimento consciência de si, reporta-se que o autoconhecimento consiste no conhecimento de si com os outros. (Skinner, 1974 cit. Silva, 2007)

Em suma, o conhecimento que a pessoa tem si depende das contingências a que ela foi exposta durante a sua vida na sociedade. (Silva, 2007)

Existem várias maneiras de “resgatar” a consciência e a imagem corporal através da objetivação do autoconhecimento. A arteterapia é um método que permite fazer este “resgate” através de desenhos, pinturas, modelagens, entre outros moderadores de expressão, e que reflete a imagem que o indivíduo tem de si, propiciando a qualidade de vida através do autoconhecimento e da melhora no relacionamento interpessoal. (Melo, s/data)

Neste sentido, o grupo decidiu utilizar para a sessão terapêutica como moderador de expressão o desenho do AUTORRETRATO.

O autorretrato é “um retrato feito por um indivíduo de si próprio (...) representa o que ele imagina, deseja ou idealiza ser” e “constitui-se de um discurso feito na primeira pessoa, de uma autobiografia visual (...) revela um olhar voltado sobre si mesmo, reflexivo”. (Pessoa, 2006, p.1)

Nesta linha de pensamento, a autorrepresentação pode significar um exercício de autoconhecimento em que na observação da própria forma (retrato) pode-se compreender e questionar se há “algo além da sua superfície”, “tudo o que somos, que nos afeta ou é

experimentado por nós está manifestado” no seu desenho e na parte exterior do corpo. (Pessoa, 2006, p.1)

Segundo Léonard (2016, p.14) o autorretrato é “um meio para me confrontar ao meu próprio ser, à minha própria imagem e tentar encontrar-me (...) tento representar-me sem maneirismos: confronto-me a mim mesma e tento encontrar-me”. Refere ainda que, “o autorretrato ajuda a desenvolver a minha relação comigo de maneira muito direta: enfrentando a minha própria imagem, olho para mim e desenho-me; recrio-me e reinvento-me”. (Léonard, 2016, p.14)

Assim, pode-se concluir que o “artista” ao fazer um autorretrato reflete sobre si, na construção da sua imagem, o que torna imperativo uma certa autoanálise. Este “materializa a sua identidade no autorretrato, revela o que imagina ser, o que deseja e pretende ser”. (Abreu, 2008)

Posto isto, considerou-se pertinente trabalhar com um grupo de pessoas internadas no serviço de Psiquiatria de agudos o autoconhecimento em três fases: uma fase de introspeção sobre o “eu” e uma fase de autoconhecimento com apoio do grupo, com recurso ao desenho do seu autorretrato, e por fim, promove-se um momento em que os participantes podem pensar sobre o seu futuro e na sua integração psicossocial, planeando a alta, através da elaboração de um cartão de SOS em que serão trabalhados sinais de alarme sobre as patologias específicas de cada participante e os seus recursos de ajuda.

Uma situação de crise é um estado psicológico agudo que torna ineficazes os mecanismos habituais de adaptação da pessoa. Quando esta se debate com um desequilíbrio entre a dificuldade de um problema e a sua resposta, pode desencadear-se uma crise que provoca uma desorganização do comportamento. (Phaneuf, 2002)

O profissional de saúde deve planificar a sua ação em função do estado da pessoa e das suas necessidades, começando primeiro por delimitar os fatores – sinais de alerta – que influenciam o equilíbrio da pessoa/cliente, consciencializando a pessoa/cliente para a compreensão e identificação destes fatores e o risco que se associa para o seu futuro e equilíbrio, e por fim, estabelecer um plano de ação e definir os meios que a pessoa pode recorrer para prevenir uma situação de crise, como é o exemplo de um reinternamento, onde uma vez mais, se torna importante que a pessoa/cliente seja participante nesta planificação. (Phaneuf, 2002)

De seguida serão abordadas as fases do planeamento das sessões terapêuticas planeadas.

1. PLANEAMENTO DE ATIVIDADE TERAPÊUTICA

1.1. DIAGNÓSTICO/AVALIAÇÃO INICIAL

As atividades terapêuticas visam dar resposta a necessidades que emergem no indivíduo/grupo/comunidade. Como tal este subcapítulo destina-se à exposição das necessidades que emergiram na população alvo definida e com as quais pretendemos trabalhar em três sessões distintas.

Neste sentido, a necessidade identificada pelo grupo de trabalho foi a autoestima comprometida e consequentemente, uma desadequada autoimagem e consciência do Eu.

Originalmente estas necessidades foram identificadas em entrevistas realizadas entre os formadores e alguns dos formandos ou pelo contato informal e partilha de opiniões em reuniões comunitárias realizadas no serviço.

Contudo, considerando que seria importante identificar com rigor e evidência esta necessidade, o grupo considerou pertinente aplicar uma escala – a Escala de Autoestima de Rosenberg – ao grupo de pessoas internadas no serviço de Psiquiatria de agudos, em que previamente foram aplicados fatores de exclusão e inclusão para participação na sessão, que serão descritos no próximo subcapítulo.

Apesar do principal objetivo consistir em promover o autoconhecimento, não foram encontradas escalas adaptadas que se relacionassem com o tipo de avaliação necessário para avaliar o autoconhecimento. Desta forma, o grupo considerou que devido aos itens de avaliação abordados na Escala de Autoestima de *Rosenberg* e o diagnóstico da autoestima estar relacionado com o autoconhecimento, era pertinente aplicar esta escala, tendo sido o ponto de partida para o planeamento destas sessões terapêuticas.

Posto isto, foi aplicada a escala a um grupo de pessoas/clientes que apresentavam os requisitos necessários para participar nas sessões, tendo-se avaliado que dos 10 doentes selecionados, todos apresentavam baixa autoestima ou elevada autoestima, demonstrando pouca crítica em relação a si próprio e às necessidades de autoanálise e autoconhecimento.

Com o intuito de intervir nesta necessidade identificada, o grupo pretende promover o autoconhecimento da população definida, trabalhando aspetos fulcrais das suas vidas nomeadamente a autoestima, autoimagem, capacidade crítica e competências sociais durante

as sessões que nos propomos a realizar, bem como, planear a sua alta de forma realista e promover a integração psicossocial dos formandos.

1.2. POPULAÇÃO ENVOLVIDA NA ATIVIDADE

Inicialmente foi necessário definir critérios de inclusão e exclusão para participarem na atividade terapêutica.

Como tal, os fatores de inclusão foram:

- ✓ Capacidade cognitiva;
- ✓ Capacidade motora;
- ✓ Diagnóstico de autoestima comprometido (identificado após aplicação da escala de *Rosenberg*);
- ✓ Desejo de participar na atividade;

Os fatores de exclusão foram:

- ✓ Competências sociais desadequadas;
- ✓ Sem capacidades motoras;
- ✓ Alteração do estado cognitivo;
- ✓ Não quererem participar nas sessões.

Posto isto, foram selecionadas 10 pessoas internadas no serviço de Psiquiatria de agudos com idades compreendidas entre os 24 e 68 anos, sendo 5 participantes do género feminino e 5 participantes do género masculino e com patologias que variam entre esquizofrenia, perturbação bipolar, perturbação da personalidade e psicoses.

1.3. OBJETIVOS DA SESSÃO

A atividade terapêutica é constituída por três sessões, com o mesmo objetivo geral, contudo, foram definidos objetivos específicos para cada sessão como será apresentado seguidamente.

1.3.1. Objetivo geral

- ✓ Promover autoconhecimento adequado sobre o Eu.

1.3.2. Objetivos específicos

Considerando que o planeamento da atividade terapêutica é constituído por três sessões, os objetivos específicos para a primeira sessão são:

- ✓ Estabelecer a base de um grupo cooperativo e colaborador;
- ✓ Aumentar a consciência do “Eu” e do seu papel na vida e em novos desafios;
- ✓ Promover o aumento da autoestima e consequentemente a experiência do “bem-estar subjetivo”;

- ✓ Promover reestruturação cognitiva ao substituir crenças distorcidas da autoimagem por outras mais realistas;
Quanto à segunda sessão são:
- ✓ Estabelecer a base de um grupo cooperativo e colaborador;
- ✓ Aumentar a consciência do “Eu” e da imagem que os outros têm de “mim”;
- ✓ Promover o aumento da autoestima e consequentemente a experiência do “bem-estar subjetivo”;
- ✓ Promover reestruturação cognitiva ao substituir crenças distorcidas da autoimagem por outras mais realistas;
- ✓ Promover competências sociais com base no respeito e partilha de opiniões;

Por fim, relativamente à terceira e última sessão os objetivos específicos são:

- ✓ Estabelecer a base de um grupo cooperativo e colaborador;
- ✓ Promover o conhecimento sobre a doença, internamento e o pós-alta;
- ✓ Incentivar o planeamento da alta, trabalhando projeções futuras realistas;
- ✓ Identificar sinais e sintomas sugestivos de agudização da doença;
- ✓ Fornecer ferramentas de atuação em situações pré-crise;
- ✓ Ajudar a avaliar os recursos que dispõem para evitar situação de crise;
- ✓ Incentivar a adesão ao regime terapêutico.

1.4. METODOLOGIA

❖ 1ªSESSÃO

a) Introdução:

Ao iniciar a sessão, os elementos do grupo apresentam-se e expõem a temática da sessão que será “Autoconhecimento: Como é que eu me vejo?” dando enfoque aos objetivos que se pretendem com a atividade planeada para o primeiro dia: autorretrato. Neste momento clarifica-se a necessidade do “pacto” terapêutico e do respeito pelos pares e por tudo o que é partilhado durante a atividade, pedindo autorização prévia para guardar os desenhos e levar para a sessão do dia seguinte.

b) Desenvolvimento

Posto isto, surge a componente prática – atividade terapêutica – com recurso ao mediador de expressão: autorretrato. Este será o momento privilegiado, no qual os formandos expressam livremente por via do desenho os seus sentimentos/pensamentos acerca de si.

Num segundo momento, após desenho dos autorretratos, cada um dos participantes deverá descrever numa frase/palavra o desenho que elaborou.

c) Conclusão

No fim da partilha, será pedido feedback ao grupo sobre a atividade terapêutica: o que mais gostaram, que expectativas é que foram atingidas, o que levaram da sessão. Posteriormente será pedido que preencham o questionário de Avaliação Global da 1ª Sessão.

❖ **2ª SESSÃO**

a) Introdução:

Ao iniciar a sessão, os elementos do grupo expõem a temática e os objetivos da sessão deste dia que dará continuidade à sessão do dia anterior: que será “Autoconhecimento: Como é o que os outros me vêm?”. Neste momento clarifica-se novamente a possibilidade de partilhar com o grupo o desenho elaborado.

b) Desenvolvimento

Primeiro será realizado um momento de “quebra-gelo” que consiste na partilha dos seus sentimentos/pensamentos sobre a sessão anterior e como se sentem neste dia após uma introspeção, criando-se assim, um sentimento de coesão e apoio no grupo.

Posto isto, surge a atividade terapêutica que consiste na partilha por parte dos participantes sobre aspetos da pessoa que elaborou o autorretrato. Este será novamente o momento privilegiado, no qual os formandos expressam livremente os seus sentimentos/pensamentos acerca uns dos outros, escrevendo-os na parte de trás do autorretrato e seguidamente cada um dos formandos lê em voz alta para o grupo o feedback que recebeu dos colegas e comenta sobre como se sente relativamente ao que leu.

c) Conclusão

No fim da partilha, será pedido feedback ao grupo sobre a atividade terapêutica: o que mais gostaram, que expectativas é que foram atingidas, o que consideram que foi importante individualmente com a participação na sessão.

Posteriormente será pedido que preencham o questionário de Avaliação Global da 2ª Sessão.

❖ 3ª SESSÃO

a) Introdução:

Ao iniciar a sessão, os elementos do grupo apresentam-se, pedem aos formandos para se apresentarem e expõem a temática e os objetivos da sessão que consiste em elaborar um cartão SOS onde os formandos irão descrever os conhecimentos necessários para atuar face à sua doença e divergências do quotidiano.

b) Desenvolvimento

Durante a atividade prática de elaboração do cartão de SOS os formandos irão escrever no seu cartão características da sua doença, sinais de alerta, que recursos dispõem quando detetam que se encontram em situação de crise eminente e que projetos têm para o futuro e posteriormente apresentam ao grupo o seu cartão.

Planeamos este momento com o intuito dos formandos criarem algum *insight* para a sua patologia e posteriormente desenvolverem estratégias que não condicionem o seu quotidiano e ao mesmo tempo possa ser facilitador da deteção precoce da crise e assim evitar as agudizações e todas as complicações que daí advêm, trabalhando assim, o planeamento da alta.

c) Conclusão

No fim da partilha, será pedido feedback sobre a atividade terapêutica referindo o que mais gostaram, o que poderia ser melhorado e que contributos retiraram da mesma.

Posteriormente será pedido que preencham o questionário de Avaliação Global da Sessão.

1.5. RECURSOS NECESSÁRIOS

1.

1.5.1. Tempo

Para a realização das várias sessões planeadas, propõe-se que a duração das mesmas seja de 60 minutos.

1.5.2. Recursos Materiais

São propostos os seguintes recursos materiais para a realização das sessões da atividade terapêutica: papel, canetas/lápis coloridos, questionários de satisfação, cartões coloridos (idealmente vermelhos), canetas.

1.5.3. Recursos Humanos

Um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (nas primeiras duas sessões) e uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (presente na última sessão), a

exercerem funções no serviço de Internamento de Psiquiatria de agudos e com competências na área da psicoeducação para pessoas, grupos ou comunidades; dois estudantes mestrando na área da Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde de Setúbal, a desenvolver o seu primeiro estágio de especialização.

1.6. AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE

Considerando que a temática abordada é relativa ao autoconhecimento e todas as suas vertentes, em que se requiere um espaço de tempo mais prolongado para avaliar impactos na vida desta população e mudança de comportamentos, considerou-se que a curto prazo seria importante identificar o impacto imediato relativo à sua autoimagem que as sessões tiveram para os formandos e a sua satisfação pela participação nas sessões. Como tal, elaboraram-se três questionários que intitulamos de Avaliação Global da Sessão, em que os formandos poderão responder no fim de cada uma das sessões.

2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Abreu, S. 2008. Autorretrato: Inventando a si mesmo. Disponível em: http://www.anpap.org.br/anais/2011/pdf/chtca/simone_rocha_de_abreu.pdf
- ✓ Leónard, N. 2016. Imagem de si. Disponível em: https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2442/1/Nolwenn_Léonard.pdf
- ✓ Melo, L. S/data. Qualidade de Vida no Trabalho: Fortalecendo o Autoconhecimento e as Relações Interpessoais através da Arteterapia e da Consciência Corporal. Disponível em: https://www.fef.unicamp.br/feff/sites/uploads/deafa/qvaf/intervencao_corporativa_cap20.pdf
- ✓ Pessoa, H. 2006. Autorretrato – O espelho, as coisas. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/27/27131/tde-03062009-120522/pt-br.php>
- ✓ Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência;
- ✓ Silva, J. 2007. Autoconhecimento como técnica psicoterapêutica para a mudança comportamental. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2972/2/20261271.pdf>

PLANO DE ATIVIDADE TERAPÊUTICA: 1ª SESSÃO

TEMA da ATIVIDADE	Autoconhecimento: “Como é que eu me vejo?”
DURAÇÃO	60 minutos
PÚBLICO-ALVO	Grupo de 10 pessoas internadas no serviço de Psiquiatria agudos
LOCAL-DATA-HORA	Internamento Psiquiatria de agudos 7 de Junho de 2018 09h30
FORMADORES	Enf. Aníbal Machado; Diana Cunha; Saúl Matos

OBJETIVOS	
GERAIS	ESPECÍFICOS
1. Promover autoconhecimento adequado sobre o Eu;	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estabelecer a base de um grupo cooperativo e colaborador; ✓ Aumentar a consciência do “Eu” e do seu papel na vida e em novos desafios; ✓ Promover o aumento da autoestima e consequentemente a experiência do “bem-estar subjetivo”; ✓ Promover reestruturação cognitiva ao substituir crenças distorcidas da autoimagem por outras mais realistas;

FASES	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS/TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	AVALIAÇÃO	TEMPO (MIN)
INTRODUÇÃO	Apresentação dos formadores	Expositivo	-	-	5
	Apresentação dos formandos;	Expositivo			15
DESENVOLVIMENTO	Apresentação dos objetivos e da	Expositivo	-	-	5

	atividade terapêutica				
	Atividade terapêutica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distribuir uma folha e lápis/canetas de cor escolhidas pelos participantes; 2. Cada formando esboça na folha uma autoimagem que apela ao que os mesmos pensam sobre si; 3. Todos apresentam o seu autorretrato e numa palavra ou frase dão um nome ou explicam o que o autorretrato significa (Como é que se vêem; que imagem criaram de si mesmos); 	Papel Canetas	-	30
CONCLUSÃO	Conclusão da Sessão	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planear sessão para o dia seguinte pedindo autorização para guardar os desenhos; 2. Receber feedback sobre a atividade; 	Questionário	Aplicação de um questionário de satisfação e utilidade da atividade de autoconhecimento;	10

PLANO DE ATIVIDADE TERAPÊUTICA: 2ªSESSÃO

TEMA da ATIVIDADE	Autoconhecimento: “Como é que me vêm os outros?”
DURAÇÃO	60 minutos
PÚBLICO-ALVO	Grupo de 10 pessoas internadas no serviço de Psiquiatria de agudos
LOCAL-DATA-HORA	Internamento Psiquiatria de agudos 8 de Junho de 2018 09h30
FORMADORES	Enf. Aníbal Machado; Diana Cunha; Saúl Matos

OBJETIVOS	
GERAIS	ESPECÍFICOS
1. Promover autoconhecimento adequado sobre o Eu;	<ul style="list-style-type: none">✓ Estabelecer a base de um grupo cooperativo e colaborador;✓ Aumentar a consciência do “Eu” e da imagem que os outros têm de “mim”, confrontando o que cada um pensa de “mim” e o que “Eu” penso de “mim”;✓ Promover o aumento da autoestima e consequentemente a experiência do “bem-estar subjetivo”;✓ Promover reestruturação cognitiva ao substituir crenças distorcidas da autoimagem por outras mais realistas;✓ Promover competências sociais com base no respeito e partilha de opiniões;

FASES	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS/TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	AVALIAÇÃO	TEMPO (MIN)
INTRODUÇÃO	Apresentação dos formadores	Expositivo	-	-	5

	Quebra-gelo	1. Identificar sentimentos relativos à sessão anterior; 2. Partilha de expectativas para a sessão;	-	-	5
DESENVOLVIMENTO	Apresentação dos objetivos e da atividade terapêutica	3. Definir regras sobre respeito entre pares e partilha terapêutica;	-	-	5
	Atividade terapêutica	4. Fornecer autorretratos da sessão anterior; 5. Cada formando escreve na parte de trás do autorretrato o que sente/pensa ou que imagem tem sobre a pessoa; 6. Cada formando lê o que está escrito sobre si na parte de trás do autorretrato e partilha o que pensa sobre o que leu;	Papel Canetas	-	35
CONCLUSÃO	Conclusão da Sessão	7. Receber feedback sobre a atividade;	Questionário	Aplicação de um questionário de satisfação e utilidade da atividade de autoconhecimento;	10

PLANO DE ATIVIDADE TERAPÊUTICA: 3ª SESSÃO

TEMA da ATIVIDADE	Cartão SOS
DURAÇÃO	60 minutos
PÚBLICO-ALVO	Grupo de 10 pessoas internadas no serviço de Psiquiatria de agudos
LOCAL-DATA-HORA	Internamento Psiquiatria de agudos 21 de Junho de 2018 09h30
FORMADORES	Enf. Aníbal Machado; Enf.ª Marisa Soares; Diana Cunha; Saúl Matos

OBJETIVOS	
GERAIS	ESPECÍFICOS
1. Promover autoconhecimento adequado sobre o Eu;	<ol style="list-style-type: none">2. Estabelecer a base de um grupo cooperativo e colaborador;3. Promover o conhecimento sobre a doença, internamento e o pós-alta;4. Incentivar o planeamento da alta, trabalhando projeções futuras realistas;5. Identificar sinais e sintomas sugestivos de agudização da doença;6. Fornecer ferramentas de atuação em situações pré-crise;7. Ajudar a avaliar os recursos que dispõem para evitar situação de crise;8. Incentivar a adesão ao regime terapêutico.

FASES	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS/TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	AVALIAÇÃO	TEMPO (MIN)
INTRODUÇÃO	Apresentação dos formadores	Expositivo	-	-	5
	Apresentação dos formandos	1. Formandos apresentam o seu nome e se sentirem	-	-	5

		confortáveis, a sua patologia;			
DESENVOLVIMENTO	Apresentação dos objetivos e da atividade	2. Definir regras sobre respeito entre pares e partilha terapêutica; 3. Apresentar a atividade e os objetivos da mesma;	-	-	5
	Atividade terapêutica	4. Fornecer os cartões o para os formandos escreverem: - Características da sua doença; - Sinais de alerta para a situação de crise; - Recursos face a situação de crise eminente; - Projetos para o futuro; 5. Os formandos apresentam o seu cartão ao grupo.	Cartões coloridos; Canetas	-	35
CONCLUSÃO	Conclusão da Sessão	6. Receber feedback sobre a atividade;	Questionário	Aplicação de um questionário de satisfação e utilidade da atividade terapêutica;	10

Questionário de Avaliação da 1ª Sessão

Sexo: Masculino |__| Feminino |__| Idade: |__| Data: __/__/____

Atividade terapêutica

QUESTIONÁRIO DE OPINIÃO

1 - Avalie o seu bem-estar[1=Péssimo; 2=Mal; 3= Razoável; 4=Bastante bem; 5=Excelente]:

Antes da sessão: |_1_|_2_|_3_|_4_|_5_|

Depois da sessão: |_1_|_2_|_3_|_4_|_5_|

2 - Após a sessão senti-me (selecione as respetivas):

- ☐ Relaxada/o
- ☐ Pensativa/o
- ☐ Triste
- ☐ Feliz
- ☐ Irritada/o
- ☐ Preocupada/o
- ☐ Angustiada/o
- ☐ Envergonhada/o
- ☐ Agitada/o
- ☐ Tensa/o
- ☐ Aborrecida/o
- ☐ Ansiosa/o
- ☐ Assustada/o
- ☐ Segura/o

3 – Depois de realizar esta atividade compreendo melhor os meus problemas:

- ☐ Concordo plenamente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Não sei
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Discordo totalmente

4 – Com esta atividade aprendi a conhecer-me melhor e identifiquei as minhas principais características:

- ☐ Concordo plenamente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Não sei
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Discordo totalmente

5 – Para mim, esta sessão permitiu:

Sugestões:

Questionário de Avaliação da 2ª Sessão

Sexo: Masculino |__| Feminino |__| Idade: |__| Data: __/__/__

Atividade terapêutica

QUESTIONÁRIO DE OPINIÃO

1 - Avalie o seu bem-estar[1=Péssimo; 2=Mal; 3= Razoável; 4=Bastante bem; 5=Excelente]:

Antes da sessão: |_1_|_2_|_3_|_4_|_5_|

Depois da sessão: |_1_|_2_|_3_|_4_|_5_|

2 - Após a sessão senti-me (selecione as respetivas):

- ☐ Relaxada/o
- ☐ Pensativa/o
- ☐ Triste
- ☐ Feliz
- ☐ Irritada/o
- ☐ Preocupada/o
- ☐ Angustiada/o
- ☐ Envergonhada/o
- ☐ Agitada/o
- ☐ Tensa/o
- ☐ Aborrecida/o
- ☐ Ansiosa/o
- ☐ Assustada/o
- ☐ Segura/o

3 – Depois de realizar esta atividade compreendo melhor os meus problemas:

- ☐ Concordo plenamente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Não sei
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Discordo totalmente

4 – Com esta atividade aprendi a conhecer-me melhor e identifiquei as minhas principais características:

- ☐ Concordo plenamente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Não sei
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Discordo totalmente

5 – Para mim, esta sessão permitiu:

Sugestões:

Questionário de Avaliação da 3ª Sessão

Sexo: Masculino |__| Feminino |__| Idade: |__|

Data: __/__/__

Atividade terapêutica

QUESTIONÁRIO DE OPINIÃO

1 - Avalie o seu conhecimento sobre a sua doença [1=Péssimo; 2=Mal; 3= Razoável; 4=Bastante bem; 5=Excelente]:

Antes da sessão: |_1_|_2_|_3_|_4_|_5_|

Depois da sessão: |_1_|_2_|_3_|_4_|_5_|

2 – Depois de realizar esta atividade conheço-me melhor e a minha doença:


- ☐ Concordo plenamente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Não sei
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Discordo totalmente

3 – Para mim, esta sessão permitiu:

Sugestões:

Apêndice V

Exemplo de Diapositivos apresentados numa sessão de psicoeducação



Estigma e relações interpessoais



Estigma relações interpessoais

► **ESTIGMA?**

Estigma relações interpessoais

► RELAÇÕES INTERPESSOAIS?

Estigma relações interpessoais

Sumario

- ✓ Estigma;
- ✓ Relações interpessoais;
- ✓ Impacto do estigma;
- ✓ Pessoas estigmatizadas;

Estigma relações interpessoais

<https://www.youtube.com/watch?v=oSG4z80pUKs>

Estigma relações interpessoais

- Relações interpessoais:
 - ✓ Designa as interações que ocorrem entre duas ou mais pessoas;
 - ✓ Ocorrem trocas no decurso desta interação;
 - ✓ Caracterizam a vida social do indivíduo num determinado espaço geográfico e temporal;

Estigma relações interpessoais

➤ Relações interpessoais:

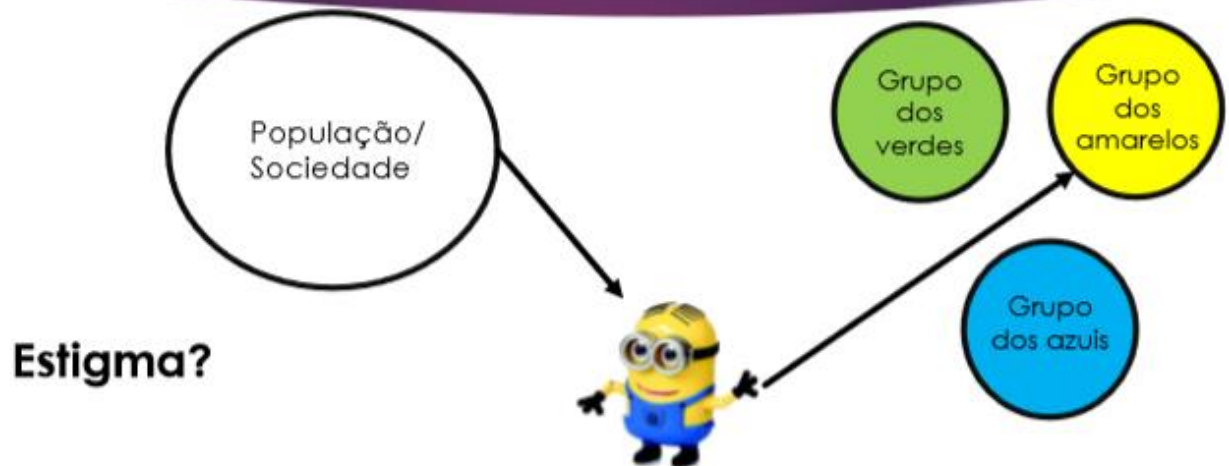
- ✓ Organizam-se através de normas sociais de conduta;
- ✓ Manifestam-se através de interações;
- ✓ Dependem do contexto social onde ocorrem;
- ✓ Relacionam-se com as funções psicossociais dos interlocutores;

Estigma relações interpessoais

➤ Estigma:

- ✓ Termo já usado na Grécia antiga;
- ✓ Mais aprofundado a partir da década de 60 por Ainlay, Coleman & Becker; Goffman; Link & Phelan; Stafford & Scott; Becker & Arnold entre outros;
- ✓ Moldado culturalmente → Construção social do estigma;

Estigma relações interpessoais



Estigma relações interpessoais

- ✓ A sociedade categoriza/agrupa por um conjunto de características/atributos socialmente aceites e que considera “normais”;
- ✓ Estas características podem ser muito variáveis em função do local;

Estigma relações interpessoais

- ✓ A sociedade categoriza/agrupa por um conjunto de características/atributos socialmente aceites e que considera “normais”;
- ✓ Estas características podem ser muito variáveis em função do local;

Estigma relações interpessoais

- ✓ Quando um determinado individuo foge a estes padrões pode muitas vezes ser “posto de lado”, ou seja, estigmatizado;
- ✓ Estigma é então conjunto de características ou crenças pessoais com valorização social negativa;

Estigma relações interpessoais

- ✓ Isto afeta indivíduo/família e comunidade onde este se insere potenciando a suas incapacidades e aumento da sua dependência funcional;
- ✓ Pode ser imposta pelos outros ou pelo próprio em diferentes níveis;
- ✓ Afeta maioritariamente a autoestima;

Estigma relações interpessoais

<http://www.agencia.ecclesia.pt/noticias/nacional/portugal-doenca-mental-nao-pode-continuar-a-ser-o-parente-pobre-da-saude/>

Resumindo...

- ✓ Estigma é prejudicial não só para quem o vive como para toda a sociedade;
- ✓ Está diretamente relacionado com as relações interpessoais;
- ✓ Depende de cada um e de todos desmontar preconceitos e acabar com o estigma.

Estigma relações interpessoais

<https://www.youtube.com/watch?v=ekqF6GaazWQ&feature=youtu.be>